Calderon (J. M.)



ESTUDIO SOBRE EL INFARTO PULMONAR.

TÉSIS INAUGURAL

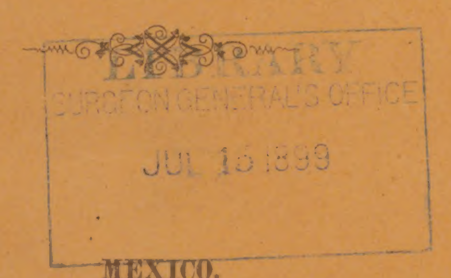
PRESENTADA
AL JURADO DE CALIFICACION
POR

J. M. CALDERON,

EN SU

EXAMEN PROFESIONAL DE MEDICINA Y CIRUJIA

DE LA FACULTAD DE MÉXICO.



MEXICO.
IMPRENTA DEL GOBIERNO, EN PALACIO,
Á CARGO DE JOSÉ M. SANDOVAL.

1873.

ESTUDIO SOBRE EL INFARTO PULMONAR.

TÉSIS INAUGURAL

PRESENTADA
AL JURADO DE CALIFICACION
POR

J. M. CALDERON,

EN SU

EXAMEN PROFESIONAL DE MEDICINA Y CIRUJIA

DE LA FACULTAD DE MÉXICO.



MEXICO.
IMPRENTA DEL GOBIERNO, EN PALACIO,
A CARGO DE JOSE MARIA SANDOVAL.

1873.

A mis padres.

JUSTO TRIBUTO DE AMOR FILIAL.

A LOS SRES. DOCTORES

D. MANUEL CARMONA Y VALLE

Y

D. Miguel F. Jimenez.

Me habeis impartido vuestros conocimientos con singular generosidad; vuestra será mi gratitud.

AL SR. DOCTOR

D. IGNACIO ALVARADO

Y AL SR. LIC.

D. FELIPE SANCHEZ SOLIS.

DÉBIL TESTIMONIO DE RECONOCIMIENTO

Debemos preferir el conocimiento de algo de verdad, á la vanidad de parecer que lo sabemos todo.

DESCARTES.

LA serie de dificultades que se presenta al espíritu al emprender el estudio de un descubrimiento reciente, las mas veces no permite á este ser tan accesible como puede parecer al primer golpe de vista. Concretándome al del infarto pulmonar, cuyo descubrimiento es el producto de hechos sensibles de observacion, juzgados por hombres notables en la ciencia, existen no obstante como en gérmen, porque no es posible en el estado actual, formarse un juicio exacto de todos sus atributos; así, por ejemplo, se ignora la clase de lesiones anátomo-potológicas que le constituyen, y tan solo por induccion se deduce que tendrán que ser aproximativamente, pues que ella debe reconocer causas semejantes y nada mas para su verificacion, á las de la congestion simple; empero en la primera entidad tiene que existir un elemento mas, que conocerémos en el curso de la relacion detallada que á propósito de su génesis y en los límites de lo probable razonadamente es permitido hacer.

Hasta hoy, que yo sepa, no se ha realizado la ocasion de examinar las lesiones correspondientes á dicha enfermedad. Como este habrá otros vacíos que en estos momentos no es dable llenar satisfactoriamente; pero nadie lo duda, tales defectos arguyen imperfeccion, mas no por esto tenemos el derecho de negar la existencia de la entidad: de la imperfeccion á la negacion absoluta de su existencia hay mucha distancia.

Raciocinando por este tenor, segun mi íntima conviccion, creo que la verdadera utilidad médica se deduce de lo que puede producir la corriente ascendente del paralelismo entre los descubrimientos científicos y su comprobacion clínica: sin este método de asociacion, meramente científico, los hechos no tendrian mas interes que ameritar el ingenio del inventor.

No obstante, esta utilidad no puede ser sino relativa, porque es imposible abrazar todo de un golpe. ¡Constantemente vemos al genio científico detenerse ante tan desconsoladora realidad! Y sin embargo, por muy peque-

ño que apareciera el hecho, con tal de que fuese confirmado por la experiencia, siempre era mucho.

Los fisiologistas tambien poseen la piedra de toque propia para rectificar y consolidar las teorías y las leyes científicas. Anuncian los fenómenos reflejos, y excitan universalmente el entusiasmo santo de los adoradores de la ciencia: reconcentran ellos sus facultades hácia ese faro que se destaca del tenebroso abismo de lo desconocido, y al fin el observador triunfante, sonríe con la loable lisonja de ver muchísimo mas claro que sus antecesores.

Este precioso recurso, lo verémos despues, viene á hablar elocuentemente en favor del punto que me propongo desarrollar.

Empeñado y alentado vivamente por la animosidad del deber, no he dispuesto de mas material que el de las luces fundamentales que con fina deferencia han tenido la bondad de comunicarme, de palabra ó por sus escritos, los que ahora son los mas intrépidos apologistas del infarto pulmonar: el Sr. D. Manuel Carmona y Valle y el Sr. D. Miguel F. Jimenez.

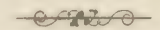
La existencia de esta enfermedad ha sido defendida sábiamente por estos señores, y con anterioridad por el Sr. Carmona y Valle ante nuestra honorable academia de medicina, y fué apoyada tambien por otros de sus consocios, entre los cuales se distinguió mi recomendable maestro, el Sr. Hidalgo Carpio. Siguiendo su ejemplo, he creido poder encontrar algo de particular, digno de un estudio concienzudo y de porvenir para la práctica nacional; pero siento que por desgracia se hayan visto en lo general con cierta indolencia las oportunidades no tan raras que se presentan en otras tantas observaciones de estudio, propias para librar á lo que ya está dilucidado, de los oscuros antros del olvido.

El deseo de conspirar contra tan lastimosa causa de retroceso científico, y á fin de contribuir aunque nimiamente á hacer ostensibles los ejemplos recogidos por celosos observadores, así como exponer sus ideas sobre este particular, fueron los principales motivos que me decidieron á señalarme el estudio del infarto pulmonar como asunto de tésis, para llenar el cumplimiento de un requisito legal; pero cuyo desempeño estricto y suficiente, lo conozco, es una empresa superior en magnitud con respecto á los escasísimos conocimientos y muy poca ó ninguna experiencia propia de que he podido disponer.

Penetrado de tal verdad, ninguna confianza me será lisonjera, si no es apelando á la benevolencia de las ilustradas personas que deben juzgarle, de quienes debo esperar no otra cosa que indulgencia.

Fortalecido por esta lisonjera idea, esencialmente procuraré fundar en la observacion el desarrollo que expongo. He creido conveniente por tanto,

comenzar por hacer una breve reseña histórica de las acepciones y significaciones de las palabras que se han inventado para expresar las diversas fases que afecta la congestion idiopática, de cuyo conocimiento debemos partir para mejor inteligencia. En último resultado encontraremos, que puede reasumirse lo que pasa en la palabra infarto; conoceremos á continuacion algunos de los casos mas notables que poseo, y que han servido de punto de partida á las ideas que paso á explanar despues; en seguida indicaré algunas de las condiciones patogénicas, á la vez que las circunstancias favorables que es muy probable contribuyan á su manifestacion y al carácter que afectan, estableciendo siempre el paralelo bien admisible, entre la hiperhemia simple de Woillez y el infarto idiopático del pulmon; por el que resaltarán ademas en sus diferencias, los numerosos puntos de contacto que las enlazan, como miembros de una familia; estas relaciones de parentesco se verán mas palpitantes, previo el conocimiento de los síntomas y del diagnóstico del mencionado infarto; terminando por último, con una pa te relativa á los modos de terminacion de la enfermedad, y en cuyo artículo me propongo hacer marcar la diferencia de grados que hacen variable el pronóstico, y el carácter de las enfermedades, en atencion á la intensidad, multiplicidad, y acumulacion de las lesiones anátomo-patológicas que es muy probable se produzcan.



ALGUNOS DATOS

SOBRE LA HISTORIA Y SIGNIFICACION DEL INFARTO PULMONAR.

La idea primitiva de la congestion fué concebida desde tiempo inmemorial, mediante la observacion de ciertos estados patológicos, en que afluía un líquido á un punto de la economía viviente. Entre esta clase de lesiones se confundian naturalmente, tanto la simple infiltracion de los órganos, como las colecciones que podian resultar del aflujo de líquidos de cualquiera naturaleza que fuesen, y el motivo por qué se acumulaban en un punto dado.

Estudios posteriores fueron modificando este modo de ver, separando los, efectos heterogéneos y ya en nuestro siglo, en que la Anatomía patológica-siendo por sí misma un medio tan necesario como elocuente para comprobar los hechos reales y revelar otros desconocidos, no era posible permane

cieran confundidas tan diversas entidades, bajo la misma denominacion, tan solo porque reconocen un fenómeno material comun: la acumulacion de un líquido.

Revisemos á grandes rasgos las acepciones con que los autores han querido comprender los estados congestivos que están enlazados íntimamente.

Jolly en 1830, trató de establecer la distincion entre la fluxion, la congestion, el engurgitamiento y la inflamacion del pulmon. Para él la fluxion es para la congestion, lo que esta última es para la pulmonía. En cuanto al engurgitamiento y la congestion, se diferencian en que esta última exige el libre ejercicio ó mas bien aun el exceso de accion de los instrumentos de la circulacion, miéntras que el engurgitamiento supone, al contrario, algun obstáculo al curso de la sangre en el sistema venoso.

Se ve, pues, segun lo expuesto, que desde entónces la congestion mas bien parecia referirla á las causas activas, y el engurgitamiento á las causas pasivas; sin embargo, el mismo autor se expresa en estos términos: «En una palabra, dice, el engurgitamiento, á lo que se designa algunas veces, aunque impropiamente, con el nombre de congestion pasiva, reconoce ordinariamente causas negativas; miéntras que la congestion resulta evidentemente de las causas activas ó pasivas, aunque siempre lejanas al lugar en donde se manifiestan sus efectos.»

Ya en 1824 se entendia por infarto en general, el aumento de volúmen de una parte ó de un órgano enfermo, cuyo aumento se atribuia á la produccion de ciertos humores dirigiéndose á cierto punto del organismo, sin atender á la causa que precedia al acto.

Se distinguian dos clases de infartos. [1]

Los unos cálidos ó agudos, debidos al cúmulo de los humores no alterados en una parte, cuyo tejido aunque modificado en su modo de ser, no ha cambiado de naturaleza.

Los otros frios, crónicos ó lentos, producidos comunmente por la coleccion de humores alterados. En el mayor número de ellos, habia una verdadera alteracion orgánica del tejido en que tienen su asiento.

Ya se verá por estos ligerísimos apuntes, que en aquella época se tenia la idea fundamental del fenómeno, y verdaderamente me parece, que á pesar del uso demasiado amplio que se ha venido haciendo de la palabra infarto, en el fondo debe verse un estado de plenitud de los vasos, mas avanzado que el engurgitamiento, siempre acompañado el aparato de extravasacion sanguinea *in naturâ* ó de sus componentes exudables.

1 Diccionario de Ciencias Médicas, tomo XX.

De aquí es que Laennec señaló un infarto hemorrágico y el infarto hemoptoico, formándose á consecuencia de una hemorragia intersticial ó infiltracion sanguínea en el tejido pulmonar.

Mas si es importante la distincion anterior hecha por Jolly, no juzgo ménos importante y necesaria la que debemos establecer en cuanto al grado congestivo, entre engurgitamiento é infarto. Tambien con cierta impropiedad se usan indistintamente y se confunden muy á menudo ambas significaciones, siendo así que el infarto en su acepcion mas general, es la engurgitacion de un tejido por un obstáculo á la circulacion libre de un líquido con aumento de volúmen de aquel. Pero restrinjámonos á la engurgitacion pulmonar activa y considerémos la intersticial en el propio tejido del órgano, dando ademas lugar á una hemorragia, tambien intersticial: agréganse á esta serie de ideas fundadas, la que por la etimología de la palabra que viene de la voz latina Farcire (meter, embutir, llenar) acude en auxilio del concepto que tan justamente ha formado el Sr. Carmona y Valle, y que le indujo á darle la denominacion de infarto pulmonar al fenómeno.

Luego la palabra infarto resume, á lo ménos á mi modo de ver, todas las significaciones propias de los fenómenos que arrastra consigo la congestion simple, tal como es recibida ahora, ó lo que es lo mismo, que la hiperhemia simple que por sí sola entraña la idea de su naturaleza, es decir, de un estado idiopático diametralmente opuesto al de la anemia del tejido pulmonar, y por tanto que la escena pasa principalmente en los vasos hiperhemiados; que despues por la alteracion especial á las diversas funciones de cada órgano, se nos presenta un poco variada en sus manifestaciones, como tendrémos ocasion de probarlo.

Virchow, sin embargo, por la vía experimental, introduciendo pequeños pedazos de médula de sauco, de fibrina, de fibra muscular, &c., en las venas yugulares de perros, estudió los efectos de la embolia. Notó con el talento propio de su genio experimentador que estos cuerpos extraños, detenidos en un punto de las ramas de la arteria pulmonar, cuyo calibre obstruian, ocasionaban infartos hemorrágicos, neumonias lobulillares, ó pequeños abscesos.

Este ilustre observador llegó á demostrar directamente sobre los cadáveres (en los focos que se consideraban desde hacia mucho tiempo como metastáticos, contenidos en los pulmones), que las arterias en comunicacion con ellos (los focos), se habian obliterado por un tapon fibrinoso, proviniendo incontestablemente de un trombus en vía de desorganizacion en una vena periférica ó de una partícula de tejido originario de un órgano periférico, en vía de ulceracion ó de fundicion gangrenosa. Pues por efecto de esta embo-

lia, ya reconocido desde mucho tiempo atras, ha sido llamado infarto metastático, cuyo descubrimiento se debe al mismo Virchow (Niemeyer).

Fácilmente se comprende que esta clase de infartos metastáticos y hemorrágicos á la vez, se separan por completo de los infartos congestivos idiopáticos, como lo verémos despues, puesto que los primeros dependen directamente de la embolia, cuya evolucion es agena de mi estudio, y solo la recuerdo para memoria.

A mediados de este siglo (1851), Woillez sorprendió por medio de la mensuracion una ampliacion creciente de los diámetros del pecho, durante el período ascendente y de estado de la congestion, y una retrocesion (que así le llama) durante el período de resolucion. La estudió bajo este punto de vista, y encontró perfectamente coincidentes la ampliacion del pecho con el engurgitamiento de los pulmones, y la retrocesion con la desaparicion de dicho engurgitamiento.

Emprende sus estudios comparativos con este nuevo elemento de diagnóstico, y ve confirmada respecto de las otras enfermedades agudas la identidad de caractéres que guardan esta clase de lesiones patológicas, por lo que toca á la ampliacion y retrocesion de las cavidades torácicas.

Por último, reasumió el año de 1866 en una memoria publicada en los Archivos generales de Medicina, en los números correspondientes á los meses de Agosto, Setiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre del mismo año, todo lo relativo á la congestion idiopática sobre la iperhemia pulmonar.

Durante el trascurso de este período de años, Ed. Monneret publicó un artículo sobre la hiperhemia pulmonar, [1] dividiéndola, segun sus causas, en hiperhemias deuteropáticas (afecciones secundarias), ó consecutivas que se encuentran en las enfermedades locales del sólido, en las enfermedades de la sangre y en las enfermedades generales. La última division que hizo es la de las hiperhemias idiopática y protopática, entre las cuales confunde las simpáticas, que para él estas últimas mas rarameate son deuteropáticas ó suplementarias de la supresion de las reglas ó de cualquiera otro flujo. Permítaseme de paso hacer notar que Mr. Monneret, al describir los síntomas los señala de una manera general, sin hacer distincion entre los pertenecientes á la hiperhemia deuteropática é idiopática.

El Sr. D. Manuel Carmona y Valle ya habia notado en 1866, la frecuencia de las afecciones hemorrágicas de los pulmones en México, y habia ya expuesto repetidas veces, con anterioridad, este hecho de observacion á la academia de medicina. Llamó la atencion sobre que estas, simplemente se

1 Tratado elemental de Patología interna, tomo I, pág. 335 y siguientes. Año de 1864.

veian como un incidente hemoptísico, y sin preocuparse de su causa se limitaban á decir: *que en tal epidemia de catarros fueron comunes las hemoptísis.*

Apenas habia trascurrido un año (Noviembre de 1867), insistió de nuevo en la academia, dando lectura á una interesantísima memoria, [1] en la que despues de una observacion clínica del infarto pulmonar, terminó con una serie de reflexiones que abundan en razonamientos muy serios y útiles. En este trabajo resaltan cuatro puntos capitales: primero, probar que realmente existen en México los infartos pulmonares: segundo, que no deben confundirse como probablemente se habia hecho hasta entónces con la neumonía, diferenciándose de ella esencialmente por sus signos físicos y racionales, su marcha y su duracion: tercero, que no hay razon para llamarles pulmonías anómalas, cuando aquellos no se presentan con una marcha franca, pues le repugna admitir en las enfermedades la existencia de anomalías no fundadas: cuarto, que estas anomalías se hacen consistir generalmente en que las enfermedades agudas de los órganos respirativos en México, sobre todo durante las epidemias catarrales, son complicadas del infarto pulmonar.

Dicho señor fué el primero que llamó la atencion en México sobre esta forma particular de congestion hemorrágica primitiva. Infatigable en la observacion y celoso promulgador de su descubrimiento, volvió á insistir al cabo de cuatro años, presentando á la academia una de las historias mas terminantes, en la sesion del 17 de Enero de 1872. En esta fecha el Sr. D. Miguel Jimenez tomó la palabra, y despues de una relacion clínica perfectamente bien sostenida y desarrollada, como fruto de sus estudios durante ese período de intervalo, acabó por declarar la existencia del infarto pulmonar, bien distinto de la neumonia.

Despues el Sr. Hidalgo Carpio ratificó la sintomatología de los infartos pulmonares descritos. Habló de la duracion y marcha de la enfermedad, fijándose especialmente en la rapidez de su evolucion, y la movilidad tan notable de sus síntomas físicos, suministrados por la auscultacion y por la percusion, no solo de un lugar á otro del mismo pulmon, puesto que tambien no son raros los casos en que localizados los fenómenos, en la raiz del pulmon, por ejemplo, al dia siguiente se encuentran otros semejantes en el del lado opuesto. Citó en apoyo de este hecho, algunos detalles que conservaba en la memoria, de un caso muy curioso en que el Sr. D. Luis Muñoz se acompañó con él, y por el cual se demuestra la verdad del aserto.

1 Gaceta médica de México, del año de 1869, tomo IV, pág. 40.

Por último debió, pues, quedar esa respetable academia satisfecha despues de algunos debates que tuvieron lugar en dicha sesion, pues nadie de sus honorables miembros tomó la palabra en contra de la existencia de dicho infarto. Entónces fué cuando obtuvo por completo el referido Sr. Carmona el laurel que tan ameritadamente [se habia conquistado, mirando triunfar sus ideas, anunciadas con plausible asiduidad al cuerpo médico nacional; de esperarse es que esas ideas nacionales encontrarán su eco en todo el mundo científico.

PRIMERA OBSERVACION.

La Sra. C.*, de cuarenta años, madre de varios hijos, obesa y nerviosa, nunca habia padecido del pulmon.

El 5 de Noviembre de 1871 resintió un aire frio estando todavía en la cama, y al levantarse, una hora despues, tuvo calosfrio y malestar: en la tarde se agregó tos y quebranto general: en la media noche le prendió un dolor pungitivo en el costado derecho y empezó á escupir rasgos de sangre. A las cuatro de la mañana la hallé con grande inquietud y alarma por su situacion; disnea á 50; tos; esputos mucosos muy cargados de sangre; ningun signo positivo á la percusion, auscultacion y mensuracion; solo habia unas burbujas mucosas entre la espina y el omóplato derecho; piel caliente y húmeda; pulso lleno y á 116.

Prescripcion: sangría para ocho onzas; pocion béquica ligeramente tartarizada (1 grano para 8 onzas); dieta, quietud y abrigo.

Dia 6 en la noche. La sangre extraida no tiene nata: la enferma ofrece el mismo estado; solo hay de nuevo algo de oscuridad á la percusion en los puntos que ocupan los estertores, y de ménos el dolor que se ha quitado.

Prescripcion: la misma pocion.

Dia 7. Esputos casi todos de sangre no muy pegajosos.

Prescripcion: 2 granos ter de ergotina de Bonjean.

Dia 8. Estertores mas abundantes y comunes á los dos pulmones.

Las mismas píldoras y su pocion.

Dia 9. Prepondera el moco en los esputos: la sangre es muy poca: la disnea es mucho menor: pulso á 100.

Se suspendió la ergotina.

Dia 10. Nada de sangre ni de opresion: uno que otro estertor: pulso á 72. Ha vuelto el carácter festivo de la enferma.

Dia 11. Convalecencia.

La anterior observacion la debo al distinguido favor del Sr. D. Miguel F. Jimenez, quien se prestó bondadoso á comunicarme ademas, verbalmente, las siguientes reflexiones:

El presente caso, me decia mi apreciable maestro, es uno de los mas perentorios que se pueden encontrar en la práctica, á pesar de que nada descubria la mensuracion. Los esputos como se ve en este caso, no tenian otro carácter que el que es comun en esta especie de enfermedades; es decir, que están simplemente mas ó ménos teñidos de sangre *in naturâ*, sin que reconozca este signo otra causa que la congestion idiopática del tejido pulmonar. Agréguese á esto que faltando los otros signos mas importantes propios ya de la neumonía, como son: el estertor crepitante, el soplo tubario, &c., todo conspira de una manera sensible á probar que era muy impropia la confusion que se hacia antiguamente de esta afeccion con la pulmonía.

Tambien tiene la persuasion de que es muy frecuente observar en estas afecciones morbosas un estertor mucoso ó catarral al principio de la convalecencia, y que en este ejemplo lo tenemos generalizado á ambos pulmones y acompañado de una expectoracion mucosa abundante.

Nótese por último que la marcha, la duracion y la rapidez de la enfermedad todo comprueba el carácter del infarto.

SEGUNDA OBSERVACION. [1]

D* U*, de cincuenta años, polisárcica y enfisematosa, vivia en la calle de San Hipólito número 9.

El 1º de Enero de 1871, que era dia del santo de su hermano, salió en la mañana á paseo; en el Portal repentinamente se sintió atacada de un dolor agudo en el costado izquierdo y de quebranto en el cuerpo. El Sr. Carmona y Valle la vió á las cinco de la tarde de ese mismo dia y encontró lo siguiente:

Tenia un movimiento febril alto; gran fatiga y mucha agitacion; su dolor pungitivo que le impedia respirar, y ademas con tos y esputos hemoptísicos abundantes.

La percusion daba un sonido macizo, desde la espina del omóplato hasta la base del pulmon izquierdo.

1 Esta observacion y la siguiente son de los casos mas concluyentes que el Sr. Carmona y Valle ha recogido en su dilatada práctica.

Por la auscultacion solo se notaba. débil la respiracion y algunos estertores gruesos y mucosos del mismo lado.

Prescripcion: sangría para ocho onzas, y la siguiente pocion: agua 4 onzas; polvos de hoja de digital, 6 granos: tártaro emético. 1 grano; jarabe de azahar, c. b. Cucharada cada media hora.

Dia 2. Dolor en el mismo estado que ayer; calentura elevada; disnea. esputos de la misma naturaleza que los de ayer, esto es, con sangre enteramente roja. La percusion da una macicez que se estiende desde el vértice hasta la base del pulmon enfermo; por la parte anterior el sonido es poco oscuro. La misma debilidad de la respiracion en toda la macicez, estertores mucosos y un soplo ligero en la raiz del pulmon. La sangre de la sangría del dia anterior, tal como se habia previsto, no presentaba costra inflamatoria y su coágulo era muy voluminoso.

Prescripcion: las mismas cucharadas de ayer. Dieta.

Dia 3. Ha disminuido un tanto la intensidad del dolor en el costado Pulso, tos y disnea como ayer; esputos de color mas oscuro y no adherentes. Percusion y auscultacion tambien como ayer.

Prescripcion: agua, 4 onzas; polvos de hojas de digital, 8 granos; tártaro emético, 1 grano; jarabe simple, c. b. Cucharada cada media hora. Dieta.

Dia 4. Pulso mas bajo; piel ménos caliente, ménos disnea; tos tenaz con esputos de sangre negra. Percusion como los dias anteriores. Soplo suave. pero mas extenso, tomando su punto de partida de la raiz del pulmon. En los demas puntos macicez, afonía y algunos estertores mucosos.

Prescripcion: la misma de ayer.

Dia 5. La piel fresca; el pulso casi normal; le ha molestado ménos la tos. Los esputos se encuentran unos mezclados con sangre negra y los otros de color blanco y aereados. Percusion como los dias anteriores; el soplo lo mismo que ayer.

En algunos de los puntos macizos hácia el vértice y la base se empieza á percibir el murmullo vesicular.

Prescripcion: vejigatorio grande á la parte posterior é izquierda del tórax. Agua, 4 onzas; tártaro emético, 1 grano; jarabe simple, c. b. Cucharada cada media hora. Dieta de atole.

Dia 6. La noche del dia anterior la pasó inquieta; aumentó la tos y la disnea: apareció un dolor en el costado derecho, y los esputos volvieron á ser rojos.

Cuando se acercó el Sr. Carmona á la enferma notó: que su piel estaba muy caliente; el pulso duro y muy frecuente; gran disnea y la respiracion entrecortada. El lado izquierdo del tórax no ofrecia diferencia notable

respecto del dia de ayer. Del lado derecho habia macicez, desde el vértice hasta la espina del omóplato: debilidad en la respiracion en esos puntos y algunos estertores mucosos.

Prescripcion: segunda sangría para ocho onzas. Agua cuatro onzas; ergotina de Bonjean, media dracma; tártaro emético, dos granos; polvos de hojas de digital, medio escrúpulo; jarabe simple, c. b. Cucharada cada media hora.

En la asistencia de en la noche; la sangre no tiene costra flogística. Disnea notable. Pulso mas blando y frecuente. Piel caliente. Persiste el dolor sobre el costado derecho. Esputos flúidos y rojos. Percusion y auscultacion como en la mañana. El vejigatorio supurando bien.

Que siga tomando las mismas cucharadas.

Dia 7. Fué mas tranquila la noche anterior. Es ménos intensa la disnea, piel caliente, pulso blando y frecuente. Los fenómenos físicos son idénticos á los de ayer. Hoy los esputos están oscuros. Ha habido alguna basca.

Prescripcion: Agua, cuatro onzas; ergotina, media dracma; polvo de hojas de digital, seis granos; jarabe simple, c. b. Cucharada cada media hora.

En la noche: La disnea ha aumentado notablemente. Piel muy caliente y húmeda, pulso sumamente frecuente. Esputos rojos, aereados, muy abundantes y flúidos. En uno y otro lado por la parte posterior, el sonido es macizo desde el vértice hasta la base del pulmon.

Ademas, se nota soplo en casi toda la parte posterior del pulmon izquierdo. Para el lado derecho es mas suave el soplo, limitado á la raiz y estertores mucosos diseminados en los demas puntos.

Prescripcion. Agua, cuatro onzas; ergotina de Bonjean, una dracma; tártaro emético un grano: polvo de hojas de digital, ocho granos; jarabe simple, c. b. Cucharada cada media hora. Vejigatorio grande á la parte posterior y de recha del tórax.

Dia 8. Disnea excesiva, tos tenaz, abundantes esputos rojos; piel húmeda y tibia, pulso pequeño y sumamente frecuente. Percusion y auscultacion como ayer.

El vejigatorio obró á medias

Prescripcion: Infusion de quina, media libra; ácido sulfúrico medicinal, medio escrúpulo; jarabe simple, c. b. Medio pozuelo cada hora.

A las tres de la tarde de este dia, se sentó en la cama, pidió la borcelana, se sentó en ella, y estando hablando murió.

Reflexiones.—Se ve, pues, que la enfermedad es una afeccion febril; pero no francamente inflamatoria, supuesto que no se ha presentado la nata flogística en ambas sangrías, fenómeno que no habria faltado si se hubiera

tratado de una pulmonía; en aquella, los esputos no han tenido el aspecto rubiginoso; en cambio han sido con sangre roja y fliúda. En la neumonía, hay estertor crepitante, que es reemplazado despues por el soplo tubario; miéntras que en este caso han dominado siempre: la afonía, los estertores mucosos gruesos y el soplo manteniéndose suave y limitado á la raiz del pulmon y nada mas. La duracion de la neumonía es por término medio de siete dias, y en el caso presente, se puede notar que entre el quinto y el sexto dia venia la convalecencia de lo que pasaba en el pulmon izquierdo: cayó el pulso, disminuyó la disnea, los esputos habian tomado un color oscuro como de sangre antiguamente derramada. La exacerbacion que se notó en esa noche fué debida evidentemente á la aparicion del mismo mal en el lado derecho; esta á su vez mejoró, y al terminar el setimo dia hubo una nueva exacerbacion del mal en el mismo lado derecho.

El modo de morir no fué por la neumonía: no habia habido síntomas de supuracion del pulmon; la enferma conservaba todo su vigor, y aunque la disnea era exagerada, la muerte sobrevino casi instantáneamente, debida quizá á una nueva invasion del mal en los pocos puntos sanos de los pulmones que quedaban libres, determinando así la violenta asfixia del individuo.

Nótese ademas, que la enferma era polisárcica, y que estas personas están predispuestas á las hemorragias, quizá por la degeneracion grasosa de los capilares. Es muy de presumirse por lo mismo que la polisarcia sea una causa predisponente.

TERCERA OBSERVACION.

La Sra. Dª A* P* C* de Z*, casada, de 32 años, de constitucion linfática, pero que sin embargo no habia tenido padecimiento alguno anterior. El 3 de Marzo de 1871, en la noche y despues de haber salido al aire estando caliente, sintió un dolor agudo en el costado izquierdo, seguido inmediatamente de calosfrío, cefalalgia, tos y grande opresion. Se puso un sinapismo sobre el lugar del dolor; tomó una infusion de flores cordiales, y al dia siguiente, 4 de Marzo, solicitó la asistencia del Sr. D. Manuel Carmona y Valle, quien la encontró recogida en la cama, con la respiracion fatigosa y entrecortada, la cara enrojecida y cubierta de sudor. La enferma dijo que hácia la media noche, habia comenzado á escupir sangre, que habia pasado muy agitada toda la noche y que el dolor era tan terrible, que no la permitia conservar ninguna postura. Los esputos eran abundantes, flúidos, no adherentes, espumosos y formados de líquido mucoso y de sangre perfecta-

mente roja. Por la percusion se advirtió un sonido casi macizo en la parte posterior é izquierda del tórax, desde el ángulo inferior del omóplato hasta la base. El vértice, la parte anterior y todo el lado derecho, daban el sonido normal. A la auscultacion se hallaba débil la respiracion en la parte maciza, y estertores mucosos gruesos, sin nada de soplo ni de crepitacion. El pulso lleno y duro, latia cien veces por minuto; la cara y los ojos estaban inyectados; la lengua ligeramente blanquecina; ningun apetito, mucha sed y el vientre libre.

Prescripcion: Sangría para ocho onzas (anunciando que no habria costra inflamatoria). Cocimiento de pasas, 500 gramos; ergotina de Bonjean, cuatro gramos; polvos de hojas de digital, treinta centígramos; jarabe simple, c' b. Pozuelo cada dos horas. Linaza á pasto y dieta.

Dia 5. Pasó mejor noche: el dolor ha disminuido notablemente; la respiracion es mas libre; la tos tenaz; los esputos abundantes y con el mismo carácter de ayer: Los signos físicos no han variado. El pulso sigue á cien, pero ha disminuido su dureza; la inyeccion de los ojos y de la cara persiste y el sudor ha sido copioso. La sangre obtenida por la sangría, *no presenta costra inflamatoria;* el coágulo era voluminoso y blando, llenando casi completamente la taza. Sigue la sed y la anorexia, el vientre libre.

Prescripcion. Que repita los pozuelos de ayer, y ademas, jarabe de polígala, 120 gramos, Kermes 15 centígramos. Para lamedor.

Dia 6. El mismo estado del dia anterior, pero los esputos son ménos abundantes y tienen un color bastante oscuro.

La misma prescripcion.

Dia 7. Pulso blando y á 90; esputos ménos abundantes, unos limpios y otros ligeramente teñidos con sangre negra. Percusion idéntica á la del primer dia. Por la auscultacion falta el murmullo vesicular en toda la parte maciza; pero se perciben estertores mucosos gruesos, poco abundantes.

Hay algun apetito y ménos sed; el vientre sigue libre.

La misma prescripcion; mas, un vejigatorio á la parte postero-inferior é izquierda del tórax.

Dia 8. Pulso á 80, piel fresca, no ha habido sudor, poca tos y el esputo está limpio. Empieza á percibirse el murmullo vesicular en la parte maciza. Lengua limpia. Es mayor el apetito.

Prescripcion. Que se suspendan los pozuelos, pero que siga el lamedor. Hoy comienza á tomar sopa, caldo y atole.

Dia 9. Guardando la enferma el mismo estado que el dia anterior, se le dejó prescrito el mismo método.

Dia 10. La noche fué mala. Sudor abundante y molesto. Aumentó la

tos y ha experimentado alguna fatiga. La cantidad de materias expectoradas es mas considerable, y aunque algunos esputos vienen limpios otros, al contrario, se presentan de nuevo sanguinolentos. La percusion y auscultacion no revelan otra cosa de notable mas que mayor número de estertores mucosos en el lugar primitivamente macizo, y desaparicion del murmullo vesicular que comenzaba á escucharse. Pulso blando á 110.

Se manda observar el siguiente método: que se repitan los pozuelos del primer dia, administrándoselos cada dos horas como entónces; que se continúe tomando el lamedor, y que vuelva á sujetarse á la dieta.

Dia 11. Pasó la noche agitada por la tenacidad de la tos, aunque expectoraba fácilmente. El esputo sigue abundante y siempre teñido con sangre roja. La percusion y auscultacion dan los mismos signos que ayer. Pulso á 100, un poco mas duro y el sudor ha sido copioso.

Prescripcion. Infusion de polígala, 250 gramos; ergotina de Bonjean, 4 gramos; polvo de hojas de digital, 60 centígramos; jarabe simple, c. b. Medio pozuelo cada dos horas. Dieta.

Dia 12. En la noche sintió calosfrio. Apareció un dolor sobre el costado derecho, la fatiga aumentó notablemente, la tos continuó tenaz y se ha hecho demasiado molesta, á causa del nuevo dolor; la respiracion volvió á hacerse entrecortada. El esputo se presentó muy abundante y del mismo color que el de ayer.

La percusion daba ademas de la macicez de la base del pulmon izquierdo, un sonido oscuro en el lado derecho, desde el vértice hasta un poco mas abajo de la espina del omóplato: por la parte anterior la oscuridad era tal que se confundia poco á poco con la macicez hepática.

La auscultacion no revelaba ningun soplo ni crepitacion fina; solo habia debilidad en la respiracion y estertores mucosos gruesos. La voz no resonaba, pero sí vibraban las paredes torácicas en los puntos macizos ú oscuros.

Pulso duro, lleno, y á 120.

Se prescribe una segunda sangría para 8 onzas; mas, agua, 120 gramos; tártaro, 15 centígramos; tintura de digital, 1 gramo; jarabe meconio 30 gramos. Cucharada cada hora; se suspende el lamedor. Dieta. Que se disponga.

Dia 13. La enferma estuvo ménos molesta durante la noche. Bastaron algunas cucharadas para que vomitase dos ó tres veces. El dolor ha disminuido un tanto; la respiracion es mas libre, el esputo es tan abundante como ayer y tiene el mismo carácter.

La percusion hace ver que la oscuridad del vértice del pulmon derecho ha disminuido en intensidad y extension; la base del pulmon izquierdo lo mismo que el primer dia. La auscultacion, lo mismo que ayer.

El coágulo de la sangre extraida por la sangría se presenta voluminoso, blando, y en algunos puntos de su superficie se encontraban delgadas capas de fibrina blanca Pulso blando á 120.

Se dejan prescritas las cucharadas de ayer y se manda poner un vejigatorio á la parte anterior y derecha del tórax. Dieta.

Dia 14. La noche fué tranquila; la tos ménos molesta; el esputo escaso y de sangre negra. El vértice del pulmon derecho está mas sonoro y se oye un murmullo vesicular, aunque débil; se perciben ademas algunos estertores mucosos. La base del pulmon izquierdo está lo mismo que ántes. Pulso blando á 120, como ayer.

El vejigatorio del lado izquierdo ya está casi seco. El mismo método que ayer.

Dia 15. Postracion, tos poco molesta, esputo escaso y ligeramente teñido de sangre negra. El vértice del pulmon derecho está despejado: la percusion en él da sonido claro, y la auscultacion revela uno que otro estertor mucoso. En la base del pulmon izquierdo sigue la maciez y por la auscultacion se empieza á percibir algun soplo tubario, aunque poco marcado, extendiéndose hasta el costado del mismo lado. El pulso bajó á 115.

Prescripcion: polvo de azúcar, 4 gramos; calomel, 15 centíngramos; extracto de opio, 5 centígramos: en doce papeles, á uno por hora. Dieta.

Dia 16. La postracion aumenta. El esputo es viscoso y de color de solucion de goma. El vértice del pulmon derecho ya en buen estado. En la base del izquierdo el soplo es muy marcado, así como la broncofonía: la maciez y el soplo suben hasta cerca de la espina del omóplato. Pulso blando y á 124.

Prescripcion: Infusion de quina, 250 gramos; extracto de quina, 60 centígramos.; jarabe simple, c. b. para medio pozuelo cada dos horas. Agua con vino. Vejigatorio grande sobre el costado izquierdo.

Dia 17. El mismo estado que ayer. Continúa el mismo método.

Dia 18. La postracion es mucho mas marcada. Vuelve el sudor. Esputos mas flúidos, pero con la misma coloracion. Signos estetoscópicos, los mismos. Pulso filiforme á 130.

Prescripcion: Infusion de quina, 230 gramos; extracto de quina, 2 gramos; alcohol rectificado, 60 gramos; jarabe simple, c. b. Medio pozuelo cada dos horas. Agua con vino, caldo consomé, té con leche y jelatina.

Dia 19. Gran postracion, sudor frio, descomposicion de facciones, esputo de color de jugo de ciruela. Síntomas estetoscópicos, los mismos, pulso pequeño é incontable. Muerte en la madrugada del 20.

Reflexiones.—Es uno de los hechos seguramente mas importantes. Em-

pezó la enfermedad por una afeccion aguda de la base del pulmon izquierdo. No fué flegmásica, porque no hubo costra inflamatoria de las dos sangrías que se le aplicaron. Habia dureza en el pulmon, es cierto, pero no era la de la hepatizacion, como fácilmente se infiere si se medita en que faltaron el soplo tubario, los esputos rubiginosos, &c., y que el primero, solo comenzó á percibirse el dia 15 de una manera vaga y poco marcada, miéntras que los segundos se presentaron teñidos hasta dicho dia, con una que otra excepcion en que aparecian limpios de sangre roja ú oscura; y la auscultacion solo reveló estertores mucosos. Sobrevino despues una mejoría, que coincidió con la oscuridad del sonido y los esputos limpios de sangre completamente, que comenzaron á observarse el dia 16.

En la noche del 9 al 10, hubo evidentemente una nueva invasion en el mismo punto del pulmon izquierdo, puesto que los esputos volvieron á ser sanguinolentos despues de un dia (el dia 8) en que ya estaban limpios, y que el dia 10 no se percibia ya el murmullo vesicular.

El dia 12 el calosfrío, el dolor del lado opuesto, el aumento de fatiga, la elevacion del pulso &c., y el carácter del esputo, unido todo á los signos físicos del pulmon derecho, revelaban un nuevo infarto en el vértice de este pulmon. Tambien se notó mejora progresiva en este punto, hasta el dia 15 en que empieza á notarse la neumonía de la base del pulmon izquierdo, la cual terminó rápidamente por supuracion y la muerte.

La flegmasia fué debida probablemente á las exacerbaciones de la fluxion sostenida y á la sangre derramada.

No puede creerse en una pulmonía desde el principio: primero, por la duracion de la enfermedad (17 dias); segundo, por los signos físicos y racionales, y tercero, por el estado de la sangre que carecia de la costra inflamatoria característica.

Luego en los primeros quince dias la enfermedad fué, pues, un infarto pulmonar.

CUARTA OBSERVACION.

A* S*, de 51 años, casado, de constitucion algo deteriorada; no declara haber sufrido mas enfermedades que una congestion hepática, combatida por el Sr. Lobato, y una congestion cerebral anterior que tuvo no hace mucho tiempo, por la cual perdió el conocimiento instantáneamente en la calle de

la Santísima. Llamado que fué en esos momentos un facultativo de esta capital, le hizo salir por medio de la sangría, una cantidad del líquido abundante, como de dos libras, segun el dicho del enfermo que la vió despues. Pasó la convalecencia en pocos dias, quedando con su constitucion débil, y algunos síntomas poco importantes, que se reconocen ser de la anemia. Dotado de mala alimentacion ademas, tenia un pulso por lo regular pequeño y que representaba comunmente de 76 á 80 impulsiones por minuto.

Comenzó el domingo 27 de Abril del presente año (1873), con una opresion de pecho excesiva, un dolor agudo sobre las regiones pectoral y pulmonar de ambos lados, aunque sin embargo era mas intenso sobre la base del pulmon derecho; alguna tos, mucha disnea y notable abatimiento de las fuerzas. La percusion y la auscultacion de las regiones pulmonares, indicaban por la macicez y diminucion del murmullo respiratorio, que ambos pulmones no funcionaban fisiológicamente. El Sr. Lobato, con estos solos datos, se supuso se trataba de una congestion pulmonar, por la cerebral que dias ántes habia padecido. El pulso marcaba 85 y el calor estaba á $37° \frac{5}{10}$.

Prescripcion: agua destilada 90 gramos; citrato neutro de magnesia 20 centígramos; jarabe simple c. b.: en una toma. Atole con pan.

A medio dia le avisaron que comenzaba el enfermo á escupir sangre y la tos aumentaba considerablemente. Con vista del esputo que se le envió y por los caractéres que este presentaba, de no estar la sangre ya íntimamente mezclada al moco, que era bien flúido, aereado y nada rubiginoso, diagnosticó el infarto pulmonar: se reservó para la segunda visita de en la noche, hacer una observacion mas minuciosa con los datos que se le presentaban, pues ademas esperaba á la accion del purgante de en la mañana.

A las siete de la noche que hizo la segunda visita, encontró al enfermo con nna disnea notable, opresion de pecho extrema, al grado de no hacer las inspiraciones completas, inquietud y tos; en los esputos estaba la sangre rojiza en el centro, pero en la circunferencia de ellos habia grumos negruzcos. La percusion reveló una macicez completa en todas las regiones posteriores de los pulmones; sin embargo, se distinguia alguna sonoridad en las partes laterales inferiores y anteriores superiores. La auscultacion no daba el mas leve indicio de murmullo respiratorio hácia á las regiones posteriores: en las laterales se percibian estertores mucosos subcrepitantes, y en las otras se escuchaba la respiracion libre. Pulso á 120. Temperatura $39° \frac{8}{10}$.

En vista de este cuadro, la prescripcion se redujo á lo siguiente: infusion de digital hecha con 90 gramos de agua y 4 gramos de polvo de hojas de digital; tártaro emético, 5 centígramos; jarabe de zarzaparrilla 8 gramos; para tomar por cucharadas una cada hora.

Dia 28 en la mañana.—Se le encuentra al enfermo con los caractéres de en la noche anterior mas intensos todavía: el esputo mas sanguinolento aunque muy fácil para arrojarse, mas aereado, apenas adherente á la vasija que le contenia, y con ligeros visos de mezclarse con el moco; pero nada rubiginosos. La percusion reveló la macicez completa como el dia anterior, sobre los mismos puntos, y en ellos se observa todavía por la auscultacion, la ausencia total de murmullo vesicular, tanto en la base como en la cima del órgano.

Las regiones epigástrica y hepática, están un poco dolorosas á la presion. Orina muy escasa y con una colarocion demasiado intensa. Sed notable. Pulso á 120, como ayer. Calor animal á $39^\circ\frac{5}{10}$.

No evacua aún, y en consecuencia se ordena el siguiente purgante: agua, 125 gramos; sulfato de sosa, 15 gramos; sulfato de magnesia, 8 gramos; jarabe simple, c. b.; en una toma. Se le prescribe ademas: tintura de digital púrpura, 4 gramos; Kermes mineral, 10 centígramos; jarabe balsámico, c. b.; para lamedor.

La observacion de en la noche, á la primera en que concurrí, como á todas las subsecuentes, por la invitacion bondadosa del Sr. Lobato, me hizo notar, despues de su exploracion, la persistencia de todos los síntomas de en la mañana, conforme á la relacion que me habia hecho ántes dicho señor; solo se notaba diferencia en cuanto á lo demas, respecto del aumento de la temperatura, que ascendia á $40^\circ\frac{2}{10}$.

Como no se habia conseguido probablemente deplesion alguna con la digital, &c., se hubo que recurrir á la pocion compuesta de: agua destilada, 100 gramos; emético, 20 centígramos. Cucharada cada hora. Se insiste en el método evacuante administrando la siguiente lavativa: cocimiento fuerte de hojas de sen, 250 gramos, y sulfato de magnesia, 30 gramos. Mas como el pulso está hoy desarrollado y duro, á pesar que cuenta el mismo número que en la mañana, se manda dar una sangría de 4 onzas; y por alimento dieta de atole.

Dia 29.—El pulso baja á 88 y la temperatura á $37^\circ\frac{5}{10}$; hay ménos ansiedad; los esputos se presentan aún sembrados de partes teñidas de sangre con los mismos caractéres y en medio de un moco espeso, pero aereado y limpio: el mismo enfermo nos refiere, que aunque están de un color que tiende al moreno, cuando los arroja, casi todos están enteramente rojos, y que poco á poco van cambiando de color. Por la auscultacion se perciben estertores diseminados en diversos puntos de los dos pulmones; pero especialmente sobre la base del lado derecho y el vértice del lado izquierdo hácia atras; por delante la respiracion es franca. A la percusion se conser-

va la oscuridad lo mismo que ayer, ménos sobre el vértice del pulmon izquierdo en que es mas marcada.

Prescripcion: que se le repita el mismo enema purgante, porque el de la víspera apenas obró. Siguen las cucharadas tartarizadas.

Por la noche: existen los mismos fenómenos estetoscópicos; pero la macicez es igualmente marcada hácia la base del pulmon derecho y el vértice del izquierdo que en la mañana: los esputos abundan mas; se les pone en contacto con el agua y apenas la tiñen. Acusa haber tenido en la tarde calosfríos ligeros y cefalalgía. La lavativa provocó una evacuacion regular. Habiéndose notado una exacervacion por el pulso á 112 y en la temperatura á 39° $\frac{8}{10}$: se prescribió lo siguiente: sulfato de quinina, 50 centígramos; Kermes mineral, 15 centígramos; clorhidrato de morfina, 5 centígramos: para 10 píldoras; á tomar 2 en la noche. Dos vejigatorios grandes sobre las regiones mas macizas arriba mencionadas.

Dia 30. Despues de puestos los vejigatorios. Pulso á 116, y el calor orgánico á 38° $\frac{2}{10}$. El enfermo está tranquilo, con mejor apetito, ha evacuado y orinado abundantemente, aunque con ardores en la uretra, y la orina tiene todavía el color subido; la opresion, el dolor torácico y la cefalalgia han cesado. Ya se percibe con alguna claridad el murmullo respiratorio, aunque mezclado á los estertores subcrepitantes sobre las regiones que estaban macizas, pero que ahora dan cierta resonancia á la percusion.

Prescripcion: Que tome tres de las píldoras recetadas la noche del dia anterior. Atole y caldo.

En la noche de este dia, los movimientos respiratorios son francos, y el dolor y la opresion han desaparecido completamente. No se ausculta ni se percute por los vegigatarios; en los otros puntos no hay cosa notable. La tos es ménos tenaz, pero ha expectorado mayor cantidad de moco, mas flúido y bien aereado, con varios esputos de color que tiende al moreno; dicen los circunstantes que siempre los arroja mas rojos. La fisonomía del enfermo no tiene ya la expresion de la angustia. Se le despierta mas el apetito. Pulso á 112, temperatura á 39° $\frac{8}{10}$

Que tome una pocion béquica, hecha de un cocimiento fuerte de flores cordiales endulzado, y cou unos dátiles cubiertos.

Dia 1º de Mayo. Pulso á 72, y temperatura á 37° $\frac{3}{10}$. Durmió bien sin interrupcion, de modo de no poder tomar la pocion béquica por esta causa. Sudó ligeramente. La lengua es ménos amarga. El esputo es mas líquido, y nada mas se nota en él, dos ó tres discos ó manchas mezclados al moco, que tampoco se diluyen en el agua. No hay ya estertores mucosos, sino uno que otro abajo del ángulo inferior del omóplato derecho.

Que tome su pocion y sopa.

Observacion de en la noche. Respiracion libre, y tanto, que se aproxima á la pueril; desaparicion total de la opresion torácica; esputo ménos sanguinolento, pero muy mucoso; poca tos. La resonancia es mayor á la percucion. Calor á 37 $\frac{8}{10}$. Lentitud del pulso que marca 72 por minuto. Buen sabor de boca y regular apetencia. Orina abundante, y régimen defecante regular.

Sigue la pocion béquica y aumenta el régimen alimenticio.

Dia 2. La cantidad de esputo es casi insignificante, pero siempre con puntos rojos. Apenas se nota oscuridad á la percusion en la base del pulmon derecho; en cambio, se restablece el murmullo respiratorio y desaparecen los estertores y todo fenómeno anormal.

Pulso á 60, y temperatura á 37,°0.

La misma pocion; se le aumenta un cuarto de pollo.

En la noche última de observacion. Se encuentra al enfermo en completa convalecencia.

Reflexiones. Lo primero que es digno de notar, es la invasion rápida de la enfermedad sin calosfrio, interesando de una manera mas intensa la base primero, y despues la cúspide del pulmon derecho, en donde se manifestaba la macicez, los estertores subcrepitantes, y no otros; mas, los esputos característicos que completaban el cuadro comun del infarto. Al segundo dia de la enfermedad, llama la atencion una exacervacion en el estado general, representada por la elevacion del pulso y del calor animal. Está indicada por estas circunstancias, una deplesion violenta, y se satisface la indicacion por medio de la sangría de cuatro onzas nada mas, en atencion á las grandes pérdidas y cierta abstinencia á que habia estado sujeto el paciente. A otro dia aparece el coágulo de la sangría, poco voluminoso; y tan solo en uno que otro punto de su superficie, habia islotes que simulaban un tanto por sus caractéres físicos, la costra inflamatoria de una sangría no practicada en condiciones quirúrgicas favorables al resultado que se desea obtener. Pero indudablemente este fenómeno reconoce mas bien su razon de ser, en las causas debilitantes que, á no dudarlo, dieron orígen á un estado anémico de nuestro enfermo en cuestion: lo que confirmaba tal modo de ver, era: en primer lugar, que se nos aseguró que la operacion de la sangría se practicó segun las reglas de buena flebotomía; y en segundo lugar, porque la cantidad de serosidad era mayor que la normal. Adquirido este dato, él nos vino á redondear completamente el concepto que ya se tenia formado de la enfermedad.

El dia 29 hay una nueva exacerbacion marcada, comprometiendo ya el

otro pulmon, despues de la remision anterior: esta circunstancia nos hace temer una agravacion, quizá próxima, si no obran los revulsivos convenientemente. Sin embargo, se sospecha tambien, aunque con cierta reserva, la intervencion de un agente paludiano concomitante con la enfermedad, que originaria esa exacerbacion nocturna de la calorificacion observada la víspera (40° $\frac{2}{10}$), así como la de la noche de este dia (39° $\frac{8}{10}$): se administra por tanto el sulfato de quinina. Cuando ha tomado cinco granos del antiperiódico comienza la defervescencia. El caso es que no deja de tener su importancia el hecho, pues cuadra perfectamente esa intermitencia con la marcha que sigue de ordinario, relativamente á las reincidencias y exacerbaciones del infarto pulmonar.

Por último, la enfermedad no ha necesitado mas, se puede decir, que cinco dias para desarrollar su marcha completa y comenzar el descenso, y en ellos no han aparecido los esputos con el color rubiginoso característico de la neumonía. Luego este es un caso que viene perfectamente en apoyo de la idea de que el infarto pulmonar se presenta de un modo distinto, en cuanto á su duracion, marcha y otros signos que lo diferencian suficientemente de las otras enfermedades del pulmon, y que por tanto no hay razon para considerarlas como neumonías anómalas.

PATOGENIA Y ETIOLOGIA.

Comparando el infarto pulmonar con la hiperhemia simple de Woillez, verémos innegable la semejanza que existe entre ambas enfermedades. Se comprenderá fácilmente la razon de su analogía, si se reflexiona que las dos enfermedades tienen por punto de partida un processus idéntico, ó sea un processus congestivo idiopático. Siguiendo un método comparativo se llegará á formar una idea mas exacta de su parecido, así como de sus diferencias, en lo que concierne á la patogenia y su etiología.

La congestion é hiperhemia, segun Andral, consiste en la acumulacion de una cantidad anormal de sangre en un órgano.

Tal concepto, despues de examinadas las circunstancias, deja traslucir la idea de una fluxion sanguínea insólita, cuyos grados se concibe pueden ser tan variados, como puntos intermedios imaginables hay entre dos extremos bien distantes.

Una proposicion tan general, abraza tanto á las congestiones activas como á las pasivas; pero no concerniendo á mi objeto mas que las de la primera clase, en ellas deberé fijarme especialmente.

El fenómeno de la fluxion ó aflujo sanguíneo activo, tiene que pasar esencialmente en el distrito arterial para la congestion idiopática. Tambien es necesario admitir un processus, es decir, algo que pudiéramos llamar predisponente en su acepcion mas genuina.

Supuesto esto, tratemos desde luego de investigar por qué mecanismo se verifica la hemorragia del parenquima pulmonar, en tanto que puede hacerse sin desgarradura de los alveolos y del tejido, ó bien con desgarradura de los alveolos y del tejido intercelular, de donde debe resultar la dilaceracion del parenquima, y por consiguiente la lesion anatómica á que se ha dado el nombre de apoplegía.

De aquí se desprende una idea fundamental que nos da cuenta de la diversidad de los síntomas del processus congestivo, y de su modo de manifestársenos, sin negar por esto mismo que tienen entre sí cierta relacion de parentesco muy cercano. Veamos en qué consiste:

Mr. Dubois (de Amiens) admite tres grados de congestion pulmonar: Primero, enjurgitamiento ó plenitud de los capilares sin extravasacion: segundo, extravasacion de la sangre en las celdillas pulmonares sin desgarradura (hemoptísis): tercero, desgarradura del parenquima pulmonar y derrame sanguíneo (apoplegía pulmonar).

El primer grado es una congestion simple á no dudarlo, la misma que ahora se distingue con el nombre de hiperhemia pulmonar simple, descrita hace poco tiempo por Woillez.

En el segundo grado ya hay un fenómeno muy importante: la hemoptísis, por cuyo mecanismo íntimo están desacordes las opiniones. Hay algunos autores, entre los cuales se encuentra Jaccoud, que niegan completamente las hemorragias sin ruptura, diciendo que no pueden salir los glóbulos sanguíneos á traves de las paredes de los vasos sin que estos estén desgarrados. El Sr. Carmona y Valle es terminante sobre este particular en su referida memoria. [1] "Conforme en el fondo con la division de Mr. Dubois, no admito algunos detalles. Así, yo no puedo pasar por la extravasacion sin ruptura de capilares, y siguiendo á Niemeyer diré: que el segundo grado de Dubois, que no es otra cosa que el infarto hemorrágico de Laennec, está caracterizado por la desgarradura de capilares, la cual da lugar á un derrame sanguíneo en las celdillas pulmonares y en las últimas divisiones de los brónquios, así como en los intersticios que existen entre las vesículas pulmonares, es decir, entre las fibras elásticas que existen al derredor de ellos."

Los partidarios de esa especie de extravasacion globular sin ruptura, ex-

1 Artículo citado de la Gaceta Médica, sobre el infarto pulmonar.

ponen un hecho en favor de su teoría, y es, que los glóbulos blancos, siendo mucho mas grandes en volúmen (de 0,^{mm}008 á 0,^{mm}009) que los rojos (de 0,^{mm}005 á 0,^{mm}006), aquellos, sin embargo, tienen posibilidad de plegarse en un vaso muy estrecho hasta que consiguen atravesarle; y precisamente son, segun ellos, los que parecen formar los glóbulos de pus. Fundándose en esto, juzgan por induccion mas probable todavía que los glóbulos rojos, que son mas pequeños, atraviesen tambien los capilares.

Pero es de advertir que segun los trabajos micrográficos mas modernos, los glóbulos blancos están dotados de ciertos movimientos de que carecen los glóbulos rojos, esto es, de los movimientos llamados amiboides, ó lo que es lo mismo, de los movimientos que podria tener un gusano para atravesar una abertura estrecha. Tambien han visto bocas ó estomatos bajo el campo del microscopio en las paredes de los vasos, y no porque estas establezcan una perforacion directa en dichas paredes, sino que la abertura exterior es el principio de un trayecto enteramente sinuoso, que al fin termina en el interior del vaso; pero que todo el trayecto de aquella especie de canal, afecta esa forma sinuosa, por la interposicion de tabiques incompletos que nunca interrumpen su trayecto, pero que sí dichos tabiques hacen que sea esencialmente sinuoso.

Con estos elementos se ha inventado últimamente una teoría muy ingeniosa, y es la siguiente: Dicen algunos micrógrafos que los glóbulos blancos, los únicos que poseen los referidos movimientos amiboides, pueden recorrer el trayecto sinuoso y atravesar así las paredes de los vasos, miéntras que no se puede suponer otro tanto respecto de los glóbulos rojos, que carecen de esa propiedad. Así se explican la exudacion capilar de los glóbulos blancos. [1]

Por todo lo expuesto se verá, que aunque el argumento de los partidarios de la extravasacion sin ruptura mecánica, ó lo que es lo mismo, de la *exhalacion*, parece fuerte, miéntras no se pueda demostrar de una manera satisfactoria dicha *exhalacion*, creo que atendiendo á la suma delicadeza y fragilidad de los capilares del pulmon, es mas racional explicar el fenómeno de la hemorragia por la abertura material de las paredes de los vasitos cuando aumente la tension de la sangre. Ademas, la ruptura puede ser favorecida por la alteracion grasosa de los capilares, señalada por Ditrich y despues por Hoffman, refiriéndose á las alteraciones de las ramas de la arteria pulmonar y sus capilares: no ménos que la alteracion esclero–ateromatosa y

1 Leccion oral de Clínica externa dada por el Sr. Carmona y Valle, en el hospital de San Andres. Junio de 1873.

la simple degeneracion grasosa, que aunque raras, ya han sido encontrados varias veces.

En el tercer grado de Dubois, el tejido parenquimatoso tiene que ceder y ser destruido mas ó ménos ampliamente por la abundancia de la hemorragia, originando de esta manera la apoplegía pulmonar.

Y bien, acabamos de ver que para Niemeyer y el Sr. Carmona y Valle, en el infarto pulmonar hemorrágico, el derrame se verifica en las celdillas pulmonares. Sigue explayando sus ideas sobre este particular el Sr. Carmona y nos dice: "Si la cantidad de sangre es bastante abundante para llenar la celdilla y llegar á los bronquios, entónces la contraccion del brónquio y las vibraciones hacen avanzar el líquido sanguíneo y la hemóptisis se produce. Si por el contrario, la sangre no llega á los bronquios, podrá faltar la hemoptísis, porque no teniendo fibras musculares las celdillas del pulmon y careciendo de epitelium vibrtáil, la sangre queda encerrada en la cavidad de la vesícula."

«En todo caso, cuando la hemorragia cesa, la sangre se coagula en el interior de las vesículas pulmonares y si esto pasa en una extension considerable, se encontrará en el cadáver un estado que pueda simular la hepatizacion roja del pulmon, pues como lo dice Niemeyer, hay una coloracion homogénea de un rojo mas ó ménos subido; el tejido es denso, quebradizo y presenta un aspecto desigualmente granuloso.»

He aquí explicado de una manera ingeniosa el fenómeno de la hemoptísis, y representados con gran probabilidad de exactitud, los fenómenos anatomo-patológicos de la entidad que estudiamos.

Recórranse las observaciones precedentes, y se encontrará en cada una de ellas un caso perentorio. Considérense en su conjunto y se las verá dignas de formar un cuerpo de doctrina. No tanto, sin embargo, para que podamos sacar deducciones concluyentes en cuanto á las influencias del sexo, la edad, &c., y la constitucion; aunque respecto de esta última tenemos la observacion segunda, que induce naturalmente á la creencia de que la polisárcia, haciendo participar á los vasos de la trasformacion grasosa general, no puede ménos de contribuir como causa predisponente á la produccion del infarto. En la misma categoría deberá colocarse la alteracion esclero-ateromatosa predisponiendo á la aparicion de la enfermedad.

La influencia de las estaciones es probablemente tan eficaz, como lo es para la neumonía. Y efectivamente, el invierno y el principio de la primavera parecen ser hasta ahora las estaciones mas favorables á su desarrollo en México, pues constantemente se han estado presentando los infartos, anualmente casi siempre, como lo demuestran los ejemplos consignados al principio.

De aquí es que á menudo viene á complicarse la enfermedad ó á coincidir con las otras enfermedades estacionales, como son la neumonía, la gripa (grippe), &c.; en cuyo caso ha habido mas bien cierta tendencia á creer en una anomalía, que á estudiar la parte tan activa que tiene que desempeñar la hiperhemia en esas circunstancias.

Tal aserto resalta palpitante, de las reflexiones que el Sr. Carmona y Valle hacia á la honorable Academia de Medicina, el año de 1867, en que dió á conocer el primero una muy importante observacion de infarto pulmonar de que ya he hecho mencion. [1]

En la sesion del 17 de Enero de 1872 se suscitó una viva discusion, á que aludo en la parte histórica de este escrito, por la que al fin se puso en claro la existencia del infarto pulmonar, y la no existencia de las supuestas anomalías de esta clase, respecto de la pulmonía; que ellas no reconocian otra causa, que las modificaciones que les imprimia la constitucion reinante, ó para decir mejor, que en esa época, en la cual predominaron esta especie de afecciones congestivas, que como tales se consideraban, se les daba el nombre de pulmonías anómalas, á las que probablemente no habian sido mas que infartos; pero que acompañaban ó coincidian con la gripa epidémica entónces reinante.

El hecho de que se desarrolla la enfermedad despues de una variacion atmosférica ó de un enfriamiento, sugiere la idea de que el efecto de *la causa determinante* es de naturaleza reumatismal ó nevrálgica. ¿Pero cómo aceptar la primera suposicion cuando no vemos á los enfermos acusar antecedentes ni manifestacion alguna de la diatesis reumatismal? Se liga, es cierto, á la calentura; pero generalmente esta es pasajera, poco intensa; al paso que los fenómenos congestivos del processus (el infarto) persisten. Téngase en cuenta este hecho práctico, y nadie vacilará en considerar á estos últimos fenómenos como el fundamento de la enfermedad. Luego nuestro infarto pulmonar es otra cosa que la hiperhemia reumatismal de Ed. Monerет. [2]

Respecto de que fuera el infarto de naturaleza nevrálgica, la explicacion

1 Artículo de la Gaceta Médica citada.

2 Obra citada, pág. 338, tom. I.

mas conducente que podríamos encontrar, seria la de que al fin reconoce por causa la impresion local de una variacion brusca de temperatura, sin darnos cuenta hasta ahora, de por qué razon aparece y desaparece el dolor con el mismo processus congestivo pulmonar.

Quedaria el recurso de referir los infartos á las afecciones catarrales; con tanta mas razon, cuanto que los vemos coincidir con las enfermedades catarrales de las mucosas respiratorias. Pero tal fusion de enfermedades, semejante á la que hacen Rilliet y Barthez de todas las enfermedades agudas de los órganos respiratorios de los niños, con excepcion de la neumonía franca y la pleuresía, no es prudente hacerla extensiva á las otras edades: porque de ordinario se dispone de otros elementos de diagnóstico que se nos ocultan tratándose de los niños. Así, si es de alguna manera justificable semejante restriccion para las enfermedades de los niños, no lo es para las de los adultos. Prescindiendo de esta simplificacion nosológica imperfecta é inconveniente por demas, no negarémos, sin embargo, que coincidirán frecuentemente los accidentes catarrales con nuestros infartos pulmonares; pero que no constituyen por sí solos el todo de la enfermedad.

Sea dicho de paso, que al denominar la enfermedad que nos ocupa con el nombre de congestion idiopática por tener tal carácter, no se quiere decir por esto que deba dársele á la palabra una significacion absoluta, pues como lo hace notar Woillez, refiriéndose á su hiperhemia simple: «Aunque la hiperhemia existe desde el principio, en efecto, hay en el conjunto de los fenómenos un concensus patológico que demuestra que hay otra cosa que el ingurgitamiento pulmonar. Hay en el movimiento febril inicial mas ó ménos bien marcado, la prueba de que la congestion del pulmon no es mas que la manifestacion anatómica de la enfermedad. ¿Cómo comprender entónces su naturaleza?» [1]

Para el Dr. Ernesto Bourgeois la calentura ó la elevacion de temperatura que la caracteriza, sucede á la hiperhemia del pulmon, la que seria el punto de partida de la enfermedad. [2]

Sea de esto último lo que fuere, llegando á este punto nos vemos arrastrados insensiblemente á la cuestion demasiado árdua de la relacion entre la primacía de la causa ó del efecto percibido. Es, por cierto, bastante lamentable no poder salvar este escollo que tantas veces se presenta en otras muchas enfermedades, estrechándonos asimismo á considerar y apreciar los fenómenos sin meternos á averiguar cuál de ellos es el primitivo. Sin embargo, la dificultad no es tan absoluta como parece á primera vista, y

1 Tratado clínico de las enfermedades agudas de los órganos respiratorios. Pág. 90.

2 De la congestion pulmonar simple. Tésis de Paris, 1870.

para convencerse, no hay mas que entrar en algunas consideraciones sobre la génesis de la congestion.

Continuemos recorriendo la patogenia y atendamos á las experiencias de Claudio Bernard, demostrando que: las aplicaciones frias sobre el pecho podian dar lugar por accion refleja á una congestion.

Tales experiencias sirvieron de base á Cahen [1] para una memoria importante, por medio de la cual demostró una union íntima entre la hiperhemia y las nevralgias; fijándose especialmente en estas últimas de la cara y de las del útero en que hacia esta observacion. Y bien, ¿por qué no hemos de aplicar nosotros al infarto, lo que en tésis general defendió Mr. Cahen con ejemplos tan palpables, y en cuyos casos todos los dias podemos confirmar la justicia de su observacion? Por otra parte, ¿no tenemos en el infarto pulmonar los dos elementos que deben identificar las naturalezas: una variacion brusca de temperatura que debe determinar el enfriamiento, y la nevralgia dorso-intercostal representada por el dolor en el costado? ¿Y quién no ve una grande analogía entre la hiperhemia uterina idiopática, por ejemplo, y la hiperhemia pulmonar?

Se me dirá que al invocar esta génesis deducida de experiencias determinadas, apelo á un modo de formacion que á pesar de ser bastante elocuente y que nada tiene de inverosímil, deja en pié la dificultad, como sucede con todas las explicaciones de este género.

A esto contestaria que debe tenerse presente, que en un órgano cuyas funciones son complexas y tanto como las del pulmon, los motivos ó circunstancias que concurren á un efecto, entrañan necesariamente otra multitud de accidentes, ofreciendo un todo complexo; si pues estamos convencidos de esta gran dificultad, tambien estamos obligados á aceptar la explicacion que podemos apreciar, hasta tanto que la ciencia nos suministre otra mas satisfactoria.

Hay mas aún: tenemos en las experiencias de Claudio Bernard, dos circunstancias capitales que pueden abstraerse por el momento de las demas, y son: primera, la accion determinada por un cambio violento de temperatura: segunda, un efecto congestivo mas ó ménos distante del punto de aplicacion de la causa. En el infarto pulmonar idiopático, prescindiendo de los accidentes no constantes, hay dos fenómenos tambien capitales, que parecen ser invariables: la atmósfera determinando el enfriamiento, y el processus pulmonar hemorrágico que le sucede. Luego estamos en el derecho de admitir para la génesis del infarto, la intervencion del sistema nervioso, obrando por accion refleja: ya sea á consecuencia de una irritacion intra-

1 Archivos generales de medicina. 1863, tom. II.

pulmunar (si se me permite la palabra) ó ya de una impresion de frio sobre la superficie cutánea.

Pasemos ya de lleno á tratar el carácter especial con que se presentan los infartos entre nosotros; esto es, que se acompañan frecuentemente de verdaderas hemoptísis; y estas, dependientes de una hemorragia perenquimatosa, como se puede juzgar á priori: puesto que tenemos á la vista exclusivamente el processus congestivo perenquimatoso simple.

He aquí el fenómeno que aparece singular sobre todos los otros, relativamente á los correspondientes de las hiperhemias europeas que vemos descritas en los autores.

Las condiciones patogénicas de hiperhemia fluxionaria en un individuo colocado á una altura tan considerable como la en que nos encontramos en México; mas, el cambio de presion atmosférica que obra tan directamente sobre los pulmones, deben influir muy eficazmente sobre la produccion de las hemorragias, una vez que se ha perdido el equilibrio en un momento dado, disminuyendo la presion exterior.

Este hecho de observacion es uno de los mas notables sobre que ha insistido el Sr. Carmona y Valle en su memoria citada de la «Gaceta Médica.» Allí se ven, como por vía de apéndice, las importantísimas consideraciones á que da lugar nuestra posicion topográfica, bajo el punto de vista de la relacion de tension entre la presion exterior y la interior; ó sea la tendencia á la hemorragia, á que debe dar orígen la pérdida del equilibrio normal; y esto esencialmente por las celdillas pulmonares.

Consignaré textualmente sus propias palabras, intimado por el deseo de no desmejorar en lo absoluto el mérito de sus razonamientos.

«Un hecho sí resulta de la comparacion del trabajo de Mr. Woillez con lo que observamos en México, á saber: que en Francia, á lo ménos rara vez, se ven los casos de infarto idiopático, y que por lo comun el mal no pasa del primer grado, ó de la simple hiperhemia, pues se ve que en quince años de estudios el autor no refiere ni un solo caso en que los esputos hayan sido tan sanguinolentos como los que solemos ver en México.

«Esta diferencia podrá acaso explicarse por la diversidad de los climas, ó mas bien dicho, por la diversidad de alturas en que nos encontramos.

«Dos palabras ántes de terminar: la cuestion de la influencia que tienen las alturas en la produccion de las hemorragias, me parece de vital interes, y creo que dista mucho de haberse rasuelto de una manera definitiva, por cuya razon suplico á la Sociedad me disimule si entro en algunas explicaciones sobre el particular.»

"Esta cuestion se ha resuelto teóricamente de diversas maneras. Algu-

nos autores, considerando lo que pasa en la piel cuando se aplica una ventosa, han dicho que la disminucion de la presion atmosférica determina un aflujo de sangre á la periferia, y que si el enrarecimiento del aire pasa de ciertos límites, los capilares se rompen y se produce una hemorragia.

"No me detendré en analizar esta teoría ni en demostrar que no hay paridad en los casos, porque á la vista saltan las diferencias que debe haber entre el caso en que la presion disminuye de una manera uniforme, á cuando permaneciendo el cuerpo á determinada presion se disminuye esta rápidamente en un punto limitado. Ya las experiencias que se han hecho con los animales, cuando por cualquier motivo se les coloca en el vacío, ha demostrado que estos animales no aumentan de volúmen, como sucederia si hubiera paridad entre el experimento y la aplicacion de una ventosa.

"Mr. Jourdanet, que no cree que en las alturas sean mas frecuentes las hemorragias, resuelve tambien la cuestion teóricamente, y dice: las hemorragias serian frecuentes cuando la presion disminuye, si no hubiera equilibrio entre la tension de los gases que están disueltos en la sangre y la tension del aire exterior, porque si disminuyera la tension exterior sin que disminuyera la de los gases disueltos, estos, venciendo á la tension exterior, producirian la ruptura del capilar. Las cosas no se pasan, sin embargo, de esa manera, porque habiendo un cambio constante entre los gases del interior y del exterior, la tension de unos y otros es la misma, sea que la presion aumente ó que disminuya, y por consiguiente el equilibrio siempre existe.

"Esta teoría seria muy buena si la tension de la sangre dimanara solamente de la tension de los gases que tiene en disolucion; pero todo el mundo sabe que la tension de la sangre, la cual se puede medir por los instrumentos, depende de la energía de las contracciones del corazon, de la elasticidad de algunas arterias, y de la contraccion de las otras. Si esta tension de la sangre disminuyera á medida que disminuye la presion exterior, habria equilibrio y la tendencia á las hemorragias seria la misma; pero si la tension de la sangre no varía y la presion exterior disminuye, los capilares se han de distender y desgarrar con mas facilidad, y por consiguiente las hemorragias espontáneas se han de producir mas fácilmente, aunque en uno y otro caso haya igualdad entre la tension de los gases exteriores y la de los que están disueltos en la sangre.

"Es necesario, sin embargo, reflexionar en que permaneciendo una misma la tension de la sangre, la disminucion de la presion exterior no influiria de la misma manera sobre la facilidad con que se produciria la hemorragia en

todos los órganos de la economía. Así, los capilares de los centros nerviosos, los cuales están encerrados en una caja huesosa inextensible, no se hallan sujetos inmediatamente á los diversos cambios de la presion exterior. Sucede con todos los capilares que existen debajo de los aponeurosis, porque estando aquellos sostenidos por estas, los cambios de presion exteriores se encuentran por decirlo así amortiguados. No sucede lo mismo con los capilares subcutáneos, y sobre todo con los capilares del pulmon, porque estos, especialmente los pulmonares, no tienen nada que los sostenga, y la sangre está separada del aire atmosférico solo por una membrana sumamente delgada; de manera que permaneciendo una misma la tension de la sangre y disminuyendo la presion exterior, la tendencia á las hemorragias debe hacerse sentir en los pulmones especialmente.

"Como de las consideraciones anteriores resulta que en México parecen ser mas frecuentes las hemorragias pulmonares que en Europa, seria muy conveniente saber si la tension de la sangre es la misma en Europa que en México. Si el resultado de las experiencias fuese afirmativo, tendriamos ya la explicacion de este fenómeno, y si fuese negativo, seria preciso entrar en otra clase de estudios, pero admirariamos las sábias disposiciones de la naturaleza que tan bien sabe compensar y resguardarnos de la influencia perniciosa de los agentes exteriores.

"Por estas razones propuse en la sesion pasada que se nombrase una comision para que se dedicara á esta clase de investigaciones: á la sociedad sin embargo no le pareció oportuno acceder á mi proposicion."

Antes de concluir este artículo, haré mencion de la predisposicion bastante bien marcada (como se demuestra por las observaciones 1ª y 2ª) de la polisarcia, cuya predisposicion es debida, probablemente, así como en las personas ancianas, á la degeneracion grasosa de los vasos, y por lo mismo deben considerarse tales circunstancias como causas predisponentes á este infarto: siendo así que la ruptura de los capilares atacados de tal degeneracion tiene que ser mucho mas inminente.

SINTOMAS.

Los síntomas los podemos dividir en funcionales y físicos. Examinemos desde luego los funcionales.

Dolor.—Entre los primeros, el que con mas frecuencia se manifiesta y acaso el primero, es el dolor mas ó ménos agudo en la pared torácica corres-

pondiente al pulmon enfermo. ¿Cuál es la naturaleza de este dolor? ¿Es neurálgico ó de carácter inflamatorio?

Es preciso confesar que faltan datos suficientemente significativos para resolver de una manera terminante respecto de su naturaleza: aunque frecuentemente las observaciones nos suministran un carácter que es comun en esta clase de afecciones, el pungitivo, pero que aislado aleja la posibilidad de que se tratara del pleurético, porque no es acompañado de frotamiento pleural, ni de derrame que indiquen una pleuresía; lo que si parece constante es mas bien el carácter pungitivo que revelan los hechos c ínicos.

Hablando Woillez de la congestion en general, y haciendo notar cuán diversas son las formas primitivas ó secundarias bajo las cuales se presentan las congestiones pulmonares, dice así: "Primitivas, afectan, ó la forma pleurodínica ó la forma neurálgica (con neuralgía dorso-intercostal), que yo he sido el primero en señalar. Secundarias, las hiperhemias pulmonares se muestran en las condiciones patológicas muy numerosas, como lo acabo de expresar, y sin embargo, hay otras todavía. La hemoptísis, la apoplegía pulmonar, por ejemplo, no son mas que hiperhemias exageradas ó que deben su forma hemorrágica á la facilidad que tiene la sangre, alterada tal vez en sus principios constituyentes, de derramarse fuera de sus vasos.

"Una nota que no ha sido hecha y cuya importancia resalta por sí misma, es que la congestion puede simular la mayor parte de las afecciones brónquicas y pulmonares, lo mismo que la congestion cerebral puede simular la mayor parte de las enfermedades del cerebro."

Reaccion febril. La calentura que se desarrolla es generalmente alta (veanse las observaciones segunda y tercera): otras veces es nula; pero siempre ménos intensa al parecer que en la pulmonía. Desgraciadamente hasta hoy (que yo sepa al ménos), no se han hecho observaciones termométricas en la clínica nacional, á propósito de los estados congestivos del pulmon, probablemente por los inconvenientes que se presentan para esta clase de estudios y particularmente en la práctica civil. De modo que no cuento con mas ejemplo de observaciones termométricas, que el de la observacion cuarta. Pero es de desearse en atencion á la gran importancia que tendrian en este caso (aun cuando la termometría nos diera resultados negativos como es de presumirse), que se hicieran tales observaciones, tan útiles cuanto necesarias, y cuya falta verdaderamente lamento, porque vendrian muy bien en apoyo de la existencia del infarto como entidad patológica distinta, respecto de las otras enfermedades agudas inflamatorias, con quienes se puede confundir. Al ocuparme del diagnóstico, insistiré sobre este importantísimo recurso para el diagnóstico diferencial.

Tos. La tos con su espectoracion característica, constituye por esta última uno de los síntomas mas notables de la enfermedad que venimos estudiando.

Generalmente es tenaz, acompañada de disnea, variable, es cierto, en cuanto á su intensidad, pero no ménos constante y molesta para los enfermos. Algunas veces la tos es seguida de una verdadera hemoptísis; en otras ocasiones, predomina el moco presentando el aspecto de un líquido flúido y bien aereado, con estrias sanguíneas no mezcladas íntimamente con el resto del esputo. La sangre, sobre todo al principio, aparece de color bermejo ó que tiende al moreno, alterándose el matiz primitivo por la accion dal aire atmosférico; mas despues de cierto número de dias de la enfermedad, el color de los esputos generalmente va haciéndose mas oscuro hasta tomar el color negro.

Macicez Entre los fenómenos físicos debe llamar la atencion desde luego la macicez, las mas veces completa, muy variable en amplitud, ocupando de preferencia el lóbulo inferior del pulmon, pero que de un dia á otro puede extenderse hasta el vértice del mismo órgano, ó pasar al lado opuesto sin abandonar precisamente por completo el punto primitivamente invadido; ó, lo que no es raro, que al decrecer la enfermedad primordial, aparezca del otro lado una lesion semejante, acusando su macicez, y debiendo recorrer fases idénticas que aquellas; ó bien por último, puede suceder que á la vez sobrevenga un processus congestivo simultáneo en ambos pulmones, que exacerve los síntomas, ó comprometa el estado del enfermo considerablemente.

Estertores mucosos y soplo brónquico.—La auscultacion es de suma importancia, aunque no se obtenga por ella mas que signos negativos. No obstante, esto mismo servirá para aislarla de otras enfermedades de los órganos intra-torácicos. Se habrá notado por la lectura de las observaciones consignadas, que no se percibe en el infarto pulmonar mas que oscuridad de la respiracion, ó falta completa del murmullo vesicular en toda la extension maciza; algunos estertores mucosos mas ó ménos gruesos; y en un grado avanzado hasta cierto punto, se escucha frecuentemente el soplo brónquico en su lugar de predileccion de ordinario, esto es, en la raiz del pulmon; sin que deje de oirse por esto en otros de los puntos macizos.

Tal fenómeno (el soplo brónquico) de la hiperhemia pulmonar, se lo explica Woillez, diciendo: que en razon de la menor permeabilidad del órgano, el soplo se produce á consecuencia de la reflexion del sonido en el tronco brónquico del lado afectado.

DIAGNOSTICO.

No siempre será fácil reconocer un infarto pulmonar, ni ménos al principio, en que ofrece tan numerosos puntos de contacto por su modo de manifestársenos, con la mayor parte de las afecciones brónquicas y pulmonares. Me propongo hacer la comparacion respectiva con cada una de aquellas enfermedades con quienes se puede confundir, y este paralelo hará resaltar mas, lo espero, los caractéres semeióticos del infarto pulmonar.

Neumonía. Crecerá la dificultad relativamente, si se trata de los primeros momentos de la neumonía, cuyos signos son casi los mismos que los del infarto, ó son idénticos en ambos casos; y habrá ocasiones en que solo la marcha ulterior del processus decidirá al médico por el juicio que deba formarse respecto del padecimiento que tiene delante. Mas no sucede así cuando la neumonía está ya confirmada: entónces, por lo mismo que el engurgitamiento es inflamatorio, la respiracion será débil ó nula, pero vendrá á ser reemplazada por el estertor crepitante, seco y fino, peculiar de la inflamacion; miéntras que para el infarto, un estertor con tales caractéres no se observa, por mas vasta que sea la porcion del pulmon atacada. En cambio, sí se hallarán en el caso de infarto los estertores gruesos y mucosos, siempre húmedos, diseminados aquí y allí en varios puntos; y no rodeando al foco inflamado, como lo hace notar el Sr. Carmona y Valle, sucede comunmente al derredor del soplo tubario de la neumonía.

El soplo que á la verdad existe en ambos estados morbosos, se explica como en todo estado turgecente del pulmon; pero en el infarto desaparece en muy poco tiempo con la causa que le produce, careciendo simpre del timbre tubario; y el de la hepatizacion pulmonar, el cual depende de un positivo endurecimiento parenquimatoso é inflamatorio, tiene ademas el timbre tubario, y desaparece tambien este signo con aquel endurecimiento, desde el momento en que vuelve á hacerse de nuevo permeable el pulmon; ó bien el soplo pierde su timbre tubario porque dicho endurecimiento inflamatorio, habiendo perdido su agudez, tienda ó tome de hecho el carácter crónico; en cuyo caso el referido soplo tubario, así como los otros signos estetoscópicos, van desapareciendo hasta perderse completamente como en el endurecimiento crónico. (Jimenez D. M., leccion oral sobre la neumonía, del 16 de Junio de 1873). Tampoco es posible atribuirle una duracion tan corta á la hepatizacion, ni mucho ménos cuando esta duracion es-

tá en una armonía tan perfecta, respecto del solo ingurgitamiento pasajero y movible del infarto.

Mas aún; la duracion, así como la marcha de este último, es esencialmente diferente. La mayor parte de nuestros ilustres maestros están de acuerdo en que la pulmonía no se resuelve ántes del noveno dia. El Sr. Jimenez D. Miguel nos ha dicho en una de sus lecciones de clínica interna, del mes de Febrero del presente año, refiriéndose al diagnóstico de la pulmonía: "Si dura mas de un septenario, al segundo debe entrar en el período de supuracion.......... Una enfermedad aguda, cuya duracion ha sido de ménos de siete dias, este solo hecho excluye totalmente la idea de que el estado patológico de que se ha tratado fué una neumonía." Niemeyer, y con él el Sr. Carmona y Valle, le señalan una marcha cíclica, y por consiguiente necesaria. Grissolle no fija terminantemente la duracion mínima de la neumonía en resolucion; pero sí dice que nunca se ha visto su terminacion espontánea por delitescencia, y que si la resolucion viene despues de hepatizado el pulmon, el trabajo se hace siempre lentamente y por partes. Woillez hace el resúmen de sus observaciones en treinta y cinco neumonías francas, de las cuales la mitad habian curado de los once á los trece dias, ó que por lo ménos en este término, los vestigios de la enfermedad eran insignificantes. Para diez enfermos, de los catorce á los veinte dias; y de los veinticuatro á los treinta y cinco dias, solo para cuatro casos. Los infartos congestivos del pulmon, al contrario, duran tres, cuatro ó seis dias, y al cabo de ellos los enfermos entran en una convalecencia perfecta.

Por último, la falta de costra inflamatoria en la sangría es una circunstancia semeiótica que decide enteramente la cuestion. No obstante, se presenta un coágulo voluminoso, y esto es tan constante, que el Sr. Carmona y Valle, como se recordará, ha venido previendo en cada uno de sus ejemplos de observacion, lo que los hechos han venido confirmando despues invariablemente; porque no se puede tomar como tal nata inflamatoria la película delgada y blanquizca, encontrada alguna que otra vez en las sangrías practicadas con motivo del infarto pulmonar.

Si suponemos el fenómeno de la hemoptísis aislado, el diagnóstico es realmente difícil, pero no imposible. Desde luego ocurrirá esta pregunta: ¿La sangre proviene de los brónquios ó del pulmon mismo?

Partiendo del principio de que la hemorragia brónquica idiopática es sumamente rara, la sintomática sola es la que debe ocupar mas particularmente nuestra atencion. El conocimiento de los antecedentes será en general lo suficiente para quitar toda duda; y como casi siempre existen es-

tos antecedentes, acusando el padecimiento de que son el síntoma, resulta precisamente lo contrario de lo que sucede con el infarto pulmonar, en que es nulo el conmemorativo, puesto que él es un padecimiento idiopático.

Pero en la hemorragia brónquica la sangre es pura, de un color rojo muy vivo ó bermejo, aereada: su expectoracion precedida de algunos accesos de tos, se hace violentamente, nunca con el aspecto de la sangre alterada (de color oscuro ó negro); dura poco tiempo y esto se concibe: la sangre en contacto con la mucosa brónquica la irrita y viene luego el esfuerzo de tos que apresura la expulsion del líquido contenido. No se verificará lo mismo respecto de la sangre acumulada tan solo en los alveolos; como que reconoce su punto de partida en los pequeños vasos que rodean sus cavidades, la irritacion entónces no seria tan eficaz, y una vez detenida allí la sangre, tiene que ser alterada, expectorada mas lentamente, mezclada á las mucosidades brónquicas y acabará por desaparecer dicha expectoracion lentamente; habiendo consistido esta, algunas veces ántes de su desaparicion, en cierta cantidad de sangre negruzca en medio de las mucosidades.

Hemos llegado al término en que es inminente el riesgo de confundir el infarto con la llamada apoplegía pulmonar, y no me refiero á la forma de pequeños núcleos apoplécticos señalada por los autores, sin otros síntomas que tos y alguna dificultad en la respiracion; tan solo diré de paso que no concibo cómo sea posible diagnosticarla.

Hay otra forma en la que, segun Grissolle, se presenta una hemoptísis durante un septenario ó mas, cuyo líquido es de coloracion negra, es continua y poco abundante, y añade: «Yo no vacilo en diagnosticar núcleos apoplécticos y no creo que este diagnóstico haya sido jamas desmentido por el exámen cadavérico. Si concurrentemente con este signo la esploracion del pecho hace notar la macicez en una cierta extension; si el oido percibe estertores húmedos ó el soplo; si esta lesion ha sobrevenido rápidamente, se tendrá un nuevo elemento de diagnóstico. Segun Billar, la opresion, la sofocacion con macicez mas ó ménos extensa, y expulsion de mucosidades sanguinolentas, son síntomas que cuando existen para los recien nacidos, deberian hacer sospechar en ellos la existencia de la misma alteracion.» Y yo pregunto: ¿Quién no ve en este conjunto de síntomas, mas bien los de la hiperhemia pulmonar elevada hasta la extravasacion? ¿No es mas racional admitir que semejantes fenómenos deben referirse á la concurrencia del processus congestivo concomitante?

Para hacer la comparacion sucintamente, entre las dos afecciones, despues de lo que llevamos dicho, será lo mejor copiar textualmente las palabras de Woillez (Diccionario de diagnóstico médico), considerando la apo-

plegía pulmonar tan simple como se puede imaginar. «Cuando en el curso de una afeccion del corazon ó de los pulmones, á consecuencia de fiebres graves, ó por el hecho de violencias exteriores sobre el pecho, se ve sobrevenir una disnea mas ó ménos rápida, con tos mas ó ménos viva, algunas veces respiracion traqueal que se escucha á distancia, con alteracion de las facciones, viva ansiedad y una hemoptísis ó muy abundante ó ligera, y cuya sangre, en el último caso, no está enteramente mezclada á los esputos, se debe pensar que se trata de una apoplegía pulmonar.»

Despues de entrar en ciertas consideraciones sobre los signos que se han considerado como ciertos de esta apoplegía, tales como la hemoptísis, ausencia del ruido respiratorio con estertor subcrepitante en un punto limitado, la macicez, &c., concluye diciendo: «Se ve cuán inciertos son los signos de la apoplegía pulmonar cuyo pronóstico es, por otra parte, muy grave. Algunas veces se complica de gangrena. Ella puede tambien producir la muerte de una manera instantánea.»

Bronquítis. No me detendré en el diagnóstico diferencial entre la bronquítis aguda y el infarto; pues aunque es posible la vacilacion al principio, era preciso desconocer el valor semeiótico de los esputos, por ejemplo, entre los fenómenos predominantes del infarto, para que existiera por mucho tiempo la incertidumbre.

Cuando la bronquítis se presenta acompañada de simple ingurgitamiento, bien se comprende que haya mas motivo de confusion.

En efecto, esto es lo que á no dudar pasa frecuentemente en ciertas epidemias, reinantes en algunas estaciones de invierno en México. Es un hecho sobre el cual el Sr. Carmona y Valle ha hecho fijar la atencion de la Academia desde el invierno del año de 1866. Así lo manifiesta en el curso de su escrito á que vengo aludiendo, al sostener la frecuencia de los síntomas del carácter del de las afecciones hemorrágicas. «Si estas afecciones se presentan en su forma mas benigna, pasan comunmente desapercibidas y no se fija la atencion en ellas. Cuando se presentan en el curso de un catarro, como todo el mundo lo notó el año próximo pasado, nos conformamos con señalar el hecho y sin analizarlo decimos *en tal epidemia de catarros fueron comunes las hemoptísis.* Si el mal tiene la importancia que ha tenido en el caso que motiva este escrito, lo tomamos por una neumonía anómala y nos limitamos á indicar la anomalía, sucediendo esto mismo con mas razon cuando se desarrolla en el curso de una neumonía. Si el mal aparece en su forma mas intensa, produciendo una muerte instantánea, quedan los cadáveres sin inspeccion ó quedan los hechos aislados, sin que podamos averiguar cuál es la causa que en México produce todos los

inviernos tantas muertes repentinas.» (Artículo citado de la Gaceta Médica).

Por su parte Woillez es concluyente en este particular. «No se ha establecido, dice, una distincion clínica suficiente entre las verdaderas bronquítis y las simples congestiones pulmonares. Esto resulta del exámen de los hechos bajo el punto de vista de las lesiones que se han considerado como características de una inflamacion de la membrana interna de los brónquios, y que por lo regular no demuestran mas que una simple hiperhemia.» Y bien, entre nosotros, que segun lo venimos probando, la hiperhemia toma una parte tan activa y una fisonomía especial hemorrágica, coincidiendo con los padecimientos brónquicos, es consiguiente que muchas veces haya un positivo embarazo en presencia de tales complicaciones, demasiado variadas en la escala de intensidad; existiendo siempre cierto exceso de agudez por el modo con que se presentan en la clínica nacional. Es necesario buscar las diferencias, especialmente en los síntomas generales y la marcha del processus congestivo esencialmente movible y remitente; circunstancias que conviene tener muy presentes, porque de ellas dependerá no pocas veces, juzgar terminada la enfermedad, cuando repentinamente vuelva á aparecer, ó se inicie en otro lugar para recorrer las mismas fases, ó semejantes á las de la afeccion que le antecedió. (Veanse las observaciones 2ª, 3ª y 4ª)

Pleurodinia.—Aunque propiamente hablando, la pleurodinia aislada constituye por sí sola una verdadera enfermedad, y por esto es que conserva su lugar en los tratados de patología, se ha descrito últimamente de varias maneras en cuanto á su naturaleza, y se la ha rodeado de tantas otras complicaciones, que en realidad se la ha querido hacer aparecer demasiado complexa, á pesar de que generalmente se la coloca entre las afecciones musculares reumatismales. Con tal carácter es como la tendrémos aquí en cuenta para distinguirla de la hiperhemia pulmonar idiopática. No cabe duda de que este último signo, es decir, el que se obtiene por el conocimiento del carácter reumatismal del dolor muscular, es el real y positivo; los signos negativos se sacan de la auscultacion y percusion, que en el presente caso tienen un gran valor, supuesto que el dolor á la presion es el síntoma y es todo el mal.

Si se acompaña de diminucion de sonoridad torácica y de debilidad del murmullo vesicular, cosa que no deja de ser frecuente, esto no significará siempre la existencia de una congestion pulmonar dependiente de la pleurodinia, sino que mas bien habrá aparecido esta última concomitantemente. La carencia absoluta de signos estetoscópicos indicará de ordinario, que el

enfermo por el temor de exacerbar su dolor en los movimientos respiratorios y con particularidad en la inspiracion, se esfuerza en impedirlos hasta donde le es posible.

Pleuresía.—Si se estudia el dolor, ya sea local ó generalizado, que acompaña al infarto, se notará que cuando es mas agudo, es acusado como enteramente pungitivo; empero, aun cuando tenga este último carácter, no hay frotamiento en la pleura, ni mucho ménos los signos del derrame que indiquen la existencia de la pleuresía. La sangría por otra parte, careciendo de costra flogística, alejaria definitivamente la idea de que se tratara de la inflamacion de la pleura.

Hiperhemia pulmonar.—Internarse en el diagnóstico diferencial de la hiperhemia brónquica relativamente á la del parenquima propiamente tal, seria empeñarse en una distincion meramente sutil é imposible, si se consideran aisladamente las últimas divisiones brónquicas que hacen parte constituyente del parenquima. En consecuencia, bien entendido, como todo el mundo lo sabe, que no hay límite posible y reconocible entre ambos órganos, conforme á los medios con que se cuenta actualmente, preciso es convenir en que lo que se diga del tejido en conjunto, se entiende de la participacion indispensable de cada una de sus partes; por ejemplo, de las últimas ramificaciones brónquicas. En cuanto á la hiperhemia de los brónquios gruesos, sabido es que tambien generalmente se refieren á la traqueitis, aceptándose esta fusion casi por todos los autores, ó que pasará desapercibida si realmente es que puede presentarse aislada; esto debe ser extremadamente raro, y francamente no merece detenernos en mayores detalles.



Ahora, supongamos que el infarto pulmonar se presenta con los síntomas congestivos muy agudos, es decir, con la disnea muy considerable, esputos sanguinolentos no rubiginosos, dolor en el costado, muy agudo, sonido macizo en una grande extension de sus paredes á la percusion: á la auscultacion, soplo, broncofonía (vease la observacion 3ª), estertores húmedos y subcrepitantes; todo este cortejo de síntomas tan alarmantes, acompañados de un movimiento febril alto, de malestar general y de angustia extrema. Yo pregunto: ¿no vacilaria el juicio del práctico ante semejante perspectiva de síntomas tan graves? ¿No sabemos que la pulmonía trae habitualmente en sí misma el gérmen congestivo en su primer período? ¿El dolor, por otra parte, no puede manifestarse equívoco, siendo como es un signo enteramente subjetivo, que sugiere la idea de ser el

principio de la inflamacion de la pleura, tanto como lo podia significar la presencia del dolor concomitante de la congestion? ¿O no seria tambien posible que se estuviera delante de una pleuro-neumonía?

En todo caso, creo que lo prudente miéntras no se declarara un conjunto de fenómenos relativos á una inflamacion de los órganos respiratorios, ó por lo ménos, miéntras otros signos no revelasen un estado congestivo tan solo concomitante, se está en el derecho de explicarse todo el cuadro susodicho por la hiperhemia congestiva simple. Mas si aparece el esputo con los caractéres que ya conocemos, entónces nadie dudará que la enfermedad que se tiene á la vista no es otra cosa que el infarto pulmonar.

El uso del termómetro en semejante ocasion, se concibe, deberá ser un auxiliar poderoso y de suma importancia, porque nos revelaria si el elemento inflamacion intervenia integralmente con respecto á la lesion del órgano; ó lo que es lo mismo, si la hiperhemia es flogística: ó en otros términos, si se trata del período inicial de la neumonía.

El período pirogenético de la pulmonía, toca su máximum 40,°0, raras veces 41,°0, como lo prueban varias observaciones del Sr. Brassetti á propósito del período ascendente de la neumonía á que alude mi buen amigo y condiscípulo el Sr. D. Demetrio Mejía, en su importante tésis presentada como estudio de inauguracion, sobre la termometría clínica en México. Resulta tambien de aquellos trabajos, de acuerdo con sus observaciones propias, recogidas en la seccion de clínica interna del hospital de San Andrés, que el período ascensional de la neumonía es rápido, y así se distingue de otra multitud de enfermedades con las cuales puede confundirse al principio. Solo un máximum ha visto alcanzando á la cifra 41,°3, y lo juzga excepcional. Se obtiene generalmente la cifra máximum del segundo al cuarto dia. [1]

Consultando con el Sr. Galan sobre las indicaciones termométricas relativas á la hiperhemia idiopática, me comunicó con la deferencia que le caracteriza, que este medio jamas debe despreciarse para consolidar el diagnóstico; porque si para la pulmonía se marcaba por 40,°0 á 41,°0, para la hiperhemia idiopática al contrario, no subirá la temperatura mas de unos décimos de grado respecto de la media normal. Este seria el lugar de hacer las debidas apreciaciones respecto de los datos termométricos que pudimos recoger el Sr. Lobato y yo, representados en la observacion cuarta; y aunque las cifras obtenidas parecen contraproducentes, segun lo dicho ántes, sobre todo por la cifra 40° $\frac{2}{10}$ obtenida la noche del dia 28, relativa á dicha observacion; sin embargo, me conformo con recordar que

1 Tésis para el exámen profesional de Medicina y Cirujia, pág. 107, año de 1872.

hubo en este caso particular, segun toda probabilidad, la intervencion de un agente periódico concomitante.

Antes de abandonar el diagnóstico diferencial, quiero detenerme para decir dos palabras respecto del signo á que Woillez da tanta importancia como signo eficacísimo para el diagnóstico de la congestion pulmonar. En México no ha dado los resultados que eran de esperarse. Quiero decir dos palabras de la mensuracion y de su valor semeiótico correspondiente al infarto pulmonar.

Nadie desconoce el cirtómetro de Woillez, que no es otra cosa que una varilla bastante flexible, porque está formada de eslabones enlazados por medio de otros tantos ejes que unen una de las extremidades de dos de las piezas; así están ligados sucesivamente, de modo que cada eslabon mide dos centímetros, marcados á la mitad de su longitud.

El modo de aplicarlo es muy sencillo: marcado el punto correspondiente de la columna dorsal, al nivel de la base del apéndice sifoide, se fija en aquel lugar la extremidad inicial doblada en ángulo recto, y se sigue rodeando un lado del tórax sobre el mismo flanco, hasta tocar el segundo punto en la base del apéndice sifoide.

Su inventor quiere que quitado que sea el instrumento, sin modificar la curvatura que representa á la del lado medido exactamente (cosa que, lo diré de una vez, me parece imposible), se coloquen los dos extremos que miden la longitud de la curva que deberá reproducirse, pintándola sobre el papel, y pudiendo medir así el diámetro vértebro-mamario, que es el que considera mas útil. Haciendo otro tanto del lado opuesto, la diferencia de los dos diámetros vértebro-mamarios da la del aumento ó disminucion de volúmen.

En la clínica del hospital de San Andres he visto emplear el cirtómetro, ó una medida de cinta dividida en centímetros, con muy buen éxito, usando una ú otra medida para los casos de derrame pleurético, pues se apreciaba perfectamente la diferencia de volúmen por la diferencia en la longitud que median los lados del tórax. El procedimiento es el mismo, con la simplificacion muy conveniente de apreciar la diferencia en el volúmen, solamente por la longitud que ha medido la superficie convexa de la pared del tórax; y que se comprende hay ménos probabilidades de error, apreciándose mas fácilmente el número de centímetros de exceso, que por el diámetro vértebro-mamario que es enteramente ficticio; pero todavía hay mas: que así está evitado el inconveniente de apreciar una curva que no sea la del tórax, por la facilidad con que se mueven los eslabones al trasportar el instrumento al papel sobre que se ha de reproducir dicha curva.

¿En qué consisten las diferencias entre la hiperhemia simple de Woillez, el infarto pulmonar y la apoplegía pulmonar? ¿Cuánto puede influir en el pronóstico el grado de congestion?

Una vez que nos hemos formado ya un juicio de la forma que afecta el infarto pulmonar, no la perdamos de vista en su conjunto y analicemos rápidamente sus tres modos de terminacion, que se pueden establecer hasta hoy, y son: primero, la resolucion; segundo, la formacion de un foco apopletiforme; tercero, la flegmasía consecutiva del parenquima pulmonar hiperhemiado.

Nada tenemos que decir respecto de las hiperhemias reumatismales, gotosas y dartrosas descritas por Monneret. Ellas dependen, segun él, de alguna de las diátesis correspondientes, y se producen muy inmediatamente bajo su influjo directo. Les llama idiopáticas ó protopáticas, y aunque en mi concepto, por el hecho de no ser independientes, no le asiste mucho de razon para denominarlas así, todavía veo aún mas extraño, que de estas hiperhemias y las consecutivas ya mencionadas, este sabio autor no vuelva á hacer distincion alguna entre todas ellas al seguir el curso de su descripcion sintomatológica. Se comprende desde luego la dificultad y confusion que resulta de aplicar los mismos síntomas á hiperhemias que provienen de causas tan heterogéneas.

Y no se puede decir otro tanto respecto de las analogías de las entidades que venimos examinando, relativamente á la hiperhemia simple de Woillez y nuestra hiperhemia ó processus congestivo idiopático, con su forma hemorrágica particular, cual es, el infarto pulmonar; ellas no reconocen causas heterogéneas, por lo mismo que ambas no dependen de otra enfermedad alguna, y sí obedecen á las mismas causas determinantes, ó por lo ménos, análogas.

Sin embargo, se diferencían en cuanto al predominio de ciertos síntomas agudos y *su carácter hemorrágico* intersticial, aproximándose así mas y mas á lo que se ha llamado apoplegía pulmonar.

Lo cierto es que cada una de las denominaciones que acabo de mencionar, se han bastado por sí solas para designar una entidad ó estado particular (aunque respecto de la apoplegía mencionada verémos un poco mas adelante lo que debe pensarse de ella), que si bien tienen sus puntos de contacto entre sí, y aun con las otras entidades morbosas en que tiene su parte la congestion, pueden no obstante, presentarse constantemente aisla-

das y con su fisonomía especial cada una de ellas. Así pues, conviene para juzgar del pronóstico del infarto pulmonar, estudiarlas en abstracto, aunque muy someramente.

Si solamente son grados de una misma enfermedad, pero que se nos presentan cada una con sus fases propias, ¿por qué no denominarlas distintamente? ¿No vemos á Woillez describir su hiperhemia simple aisladamente, colocándola entre las enfermedades agudas? ¿Por qué no hemos de admitir la que se manifiesta entre nosotros, distinguiéndola con el nombre de infarto pulmonar, cuando razonablemente hemos visto ser adecuada la significacion á su naturaleza distinta?

Recuérdense las lesiones anátomo-patológicas de los tres grados de congestion pulmonar formados por Dubois, y se convendrá fácilmente en que las dos primeras, como las ménos fuertes, y no siendo capaces de ocasionar lesiones profundas en el espesor del parenquima pulmonar, ann cuando den lugar al derrame sanguíneo intercelular, el líquido podrá ser desalojado de allí por la expectoracion ó simplemente ser reabsorbido. Es de sospecharse por tanto, y con fundamento, que sean de esta condicion los infartos mas frecuentes, terminándose en un período de tiempo muy corto (de 3 á 6 dias); porque de otra manera no se comprende cómo pasarian las cosas tan rápidamente para la vuelta á la salud; en consecuencia, son ellos los mas benignos, generalmente hablando. Un ejemplo lo tenemos representado por el caso tipo de la observacion primera.

Imaginémonos una fluxion mas intensa, á la par que protegida, bien por las condiciones climatológicas examinadas ántes, ó bien por una degeneracion intersticial de las paredes de los vasillos haciéndolos mas frágiles, entónces el derrame sobrepasará los límites susodichos, formando así un verdadero foco sanguíneo, cuya evolucion no será siempre favorable en cuanto á su terminacion.

Pero este último, el foco sanguíneo, es un accidente que se presenta de una manera análoga á aquel que es el efecto de una causa de entorpecimiento de la circulacion cardio-pulmonar, como en la embolia, cualesquiera que sea su orígen: ora provenga del coágulo desarrollado en el mismo lugar ó por trombosis (octótono), ora del coágulo que ha partido de un punto mas ó ménos lejano ó por embolia (embolus).

Y bien, á la afeccion que reconoce por causa esta clase de obstruccion de los capilares arteriales, se ha designado últimamente, entre otros modernos por el mismo Woillez, quien le consagra un capítulo especial, con el nombre de infartos de los pulmones, pero de esa manera considerado.

Mas como esta clase de infarto pertenezca al estudio de la embolia, que no

está comprendida en los límites á que debo restringirme, lo señalo solamente para memoria, enviando para mas detalles al Tratado de enfermedades agudas de los órganos respiratorios, por Mr. Woillez, edicion del año próximo pasado. Sea dicho de paso solamente, que haciéndose consistir la lesion fundamental en la obliteracion capilar del órgano como punto de partida de los fenómenos congestivos, estos ya no son del dominio de nuestro estudio. puesto que son consecutivos dichos infartos á aquella causa (la embolia capilar). Nótese ademas, que á semejante lesion anátomo–patológica, es á la que Laennec referia simplemente lo que él llamaba ingurgitamiento hemoptóico, cuyos caractéres anatómicos sensibles se manifestaban por dos cosas: 1º, un núcleo parenquimatoso infiltrado de sangre mas ó ménos antigua; 2º, un coágulo ascendente hácia el corazon, de extension variable, en las ramas de la arteria pulmonar, algunas veces arborescente, pero siempre en los límites de la porcion del tejido ingurgitado.

Despues de esta corta digresion, retrocedamos un poco, volviendo al foco apopléctico cuya existencia bien podria sospecharse teóricamente hablando. Allí encontrariamos una porcion del tejido de la víscera quizá dilacerado, extendiéndose á uno ó varios lobulillos del órgano, á semejanza de un derrame apoplectiforme, cuyo derrame naturalmente vendria á hacer las veces de una complicacion al processus congestivo primitivo.

Digo apoplectiforme y no apoplegía, porque al denominar así al fenómeno, se ha querido identificar en todas sus partes, así las materiales, como por los accidentes patológicos á que da orígen el foco hemorrágico pulmonar, con lo que pasa en la apoplegía cerebral en igualdad de circunstancias. De aquí la confusion y algunos desacuerdos que examinaré someramente.

Por su significacion la palabra apoplegía (ἀποπλήττειν, herir) implica la idea de un golpe instantáneo, de un principio brusco. Los patologistas le han dado un sentido muy bien definido, por el cual se aplica á los casos de pérdida súbita del conocimiento, con supresion de la movilidad voluntaria, aunque ella sea mas ó ménos completa, y aun cuando esta supresion sea variable en cuanto á su duracion; pero siempre se verificará con conservacion de las funciones del aparato cardio–pulmonar.

En cambio, hay cierto número de autores que no hacen uso de esta palabra sino como expresion sintomática, y es precisamente la razon de por qué ellos han podido conservar la nomenclatura de tres variedades de apoplegía, y son: sanguínea, serosa (congestiva ó hemorrágica), y nerviosa.

Hoffmann, y sobre todo Rochoux, fundándose en la frecuencia de la hemorragia cerebral, como causa de apoplegía, confundieron las dos acepcio-

nes; de tal confusion resultó el olvido casi completo de las otras dos especies de apoplegías, preocupándose nada mas que de la que determina la hemorragia del cerebro.

Algunos otros patologistas, aun no satisfechos con esta convencion, no tardaron en hacer extensiva la palabra para toda hemorragia parenquimatosa que se produjera repentinamente, originando lesiones considerables y acompañándose de síntomas bien marcados.

A principios de este siglo, autores muy respetables, entre los cuales se distinguieron Latour [1] J. Cruveilhier [2] y Laennec [3] apoyados en la analogía que encontraron en los casos de hemorragia pulmonar, en que observaban una invasion instantánea con perturbacion profunda de las funciones del pulmon, la muerte violenta ó súbita en muchas circunstancias; y por último, la presencia de focos hemorrágicos, por lo regular con destruccion del parenquima vecino, mas, la semejanza en las causas relacionadas á las mismas alteraciones vasculares, fueron para ellos otras tantas analogías que encontraban para justificar dicha acepcion de la voz apoplegía.

Hoy, que se tienen conocimientos mas profundos sobre su patogenia, su sintomatología y sus lesiones anatómicas, va siendo mas y mas difícil conservar esta identidad antigua, entre la apoplegía cerebral y la pulmonar.

Atiéndase desde luego á los síntomas mas característicos de ambas afecciones, y se verán ellos tan diferentes como las funciones propias á cada órgano en que tuviera lugar el derrame sanguíneo. En efecto: acabamos de ver lo que pasa en la apoplegía cerebral, principalmente sobre los movimientos; al contrario de la apoplegía pulmonar, en la cual la pérdida del conocimiento, la abolicion de la sensibilidad y de la movilidad no son por cierto habituales, y lo que es mas aún, que en esta última enfermedad sí se presentan turbaciones generalmente graves, por parte de las funciones del aparato cardio–pulmonar. Por último: el microscopio ha demostrado suficientemente, segun lo aseguran algunos micrógrafos, que la trama pulmonar está, en la gran mayoría de casos, infiltrada, pero no desgarrada ó dilacerada.

Luego en vista de que tal asimilacion no es sostenible en el estado actual de la ciencia, debemos conceder razon á los modernos que se empeñan en excluir la palabra apoplegía (tratándose de la patología pulmonar) del lenguaje médico, y reducirla simplemente á la de hemorragia. Resul-

1 Latour. Historia filosófica y médica de las causas esenciales inmediatas ó próximas de las hemorragias, 1815, tomo I, páginas 195, 219, &c.

2 J. Cruveilhier, Diccionario de medicina y cirujía práctica, tomo III, página 278, artículo «Apoplegía pulmonar.»

3 Laennec, 4ª edicion, 1837, tomo I, página 450.

taria ademas, á mi modo de ver, gran ventaja para la simplificacion nosológica, muy razonable en este caso, porque en último resultado, la tal apoplegía no es mas que una consecuencia necesaria de una fluxion exagerada, por lo que concierne á la hiperhemia idiopática, y se puede decir secundaria, si me es permitido expresarme así, como lo es tambien en cualesquiera otra enfermedad de que ella es un síntoma y nada mas.

Reasumiendo diré: que ya que en virtud de las consideraciones precedentes, bajo el doble punto de vista sintomatológico y patogénico, no se puede sostener la asimilacion de la hemorragia pulmonar, con la apoplegía ó hemorragia cerebral, como lo querian nuestros antepasados, debe eliminarse de la nomenclatura de la patología pulmonar la palabra apoplegía, y reemplazarla por la expresion de hemorragia pulmonar, como lo hace Jaocoud [1] lo cual tiene la ventaja sobre las otras expresiones que tienden al mismo objeto, de precisar la idea de la lesion anatómica y de poder reservar el nombre de hemorragia brónquica, á lo que generalmente se describe con el nombre de bronco-hemorragia.

De una y otra entidad morbosa hasta aquí consideradas como tales, me he ocupado al tratar del diagnóstico diferencial; pero respecto de la primera, que es á la que me refiero, me ha parecido conveniente adoptarla como una palabra puramente convencional, aunque á la verdad demasiado generalizada, pero que á pesar de todo, si se quiere dar cierta precision á las palabras, la ciencia debe abolir aquellas que no estén conformes con las circunstancias de que reconocen su orígen, como en el presente caso de la llamada apoplegía pulmonar, que no lo está si no es en la lesion anatómica; *y eso no siempre*, segun lo que llevo referido.

Pues si tal lesion existe acompañando al infarto en algunas circunstancias, ella muy probablemente puede ser el punto de partida de la flegmasía consecutiva que se manifiesta cuando el infarto de determinada intensidad persiste cierto tiempo y al fin viene á ser complicado de una neumonía, como en la observacion tercera.

¿Pero de qué modo obra la fluxion ó sus efectos para semejante resultado? ¿Es acaso por la accion mecánica del derrame, viniendo á desempeñar las veces de un cuerpo extraño y provocando como tal, la inflamacion del tejido circunvecino? ¿O bien la trama parenquimatosa, no pudiendo desembarazarse del líquido sanguíneo coagulado, que le tiene en un estado de verdadero atascamiento sostenido, tiene al fin por ventura que ser presa del medio mas eficaz que puede emplear la naturaleza para despojarse del tejido, que por este accidente ú otro análogo se ha hecho impropio pa-

1 Tratado de patología interna, 1871, tomo, III, página 19.

ra sus funciones? ¿No vemos de una manera evidente repetirse todos los dias este fenómeno, respecto de otros tejidos en circunstancias análogas?

Sea de esto lo que se quiera, el caso es que la inflamacion propiamente tal, con sus consecuencias funestas, no tiene lugar en el infarto pulmonar, sino como una verdadera complicacion y ciertamente de funesto augurio. (observacion citada).

Finalmente: la vida se encontrará sériamente comprometida, cuando la clase de alteraciones que nos ha ocupado (los infartos) aparezcan simultáneamente, solas ó complicadas en los dos pulmones; y mucho mas todavía, si tienen dichas lesiones cierta extension, porque entónces el efecto inmediato seria la muerte por asfixia. Las reincidencias y exacervaciones de la enfermedad en cuestion son capaces tambien, y esto se concibe muy fácilmente, de producir la muerte instantánea; la observacion tercera viene perfectamente en apoyo de este aserto.

He aquí terminado un imperfecto trabajo, en cuya formacion tanto me ha ayudado la idea del deber y no la vana pretension de presentar al respetable Jurado en cuyas manos descansa mi porvenir, una obra digna de su elevada ilustracion. Lleno está de defectos, pero á formarlo no han bastado ni mi corta experiencia ni mis débiles fuerzas

Junio de 1873.

F. M. Calderon.

